

---

INTEGRATION EINER EXISTENZIELLEN PERSPEKTIVE  
IN DIE KOGNITIV-BEHAVIORALE THERAPIE  
CHRONISCHER SCHMERZEN

---

**Abhandlung**

zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der  
UNIVERSITÄT ZÜRICH

vorgelegt von

**Florian Anton Gebler**

aus Deutschland

Zürich 2012

Angenommen im Herbstsemester 2012 auf Antrag von  
Herrn Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker und  
Frau Prof. Dr. Ulrike Ehlert

# Danksagung

Mein besonderer Dank gilt meinem Doktorvater, Herrn Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker. Er hat mir die Möglichkeit gegeben dieses spezielle Thema frei und selbstverantwortlich zu verwirklichen. In den Jahren unserer Zusammenarbeit hat er mir sehr viel Vertrauen entgegengebracht, mich motiviert und gefördert. Ohne ihn wäre es zu dieser Arbeit niemals gekommen.

Niemand hat die Strapazen dieser Arbeit so sehr mitbekommen und mitgetragen wie meine Frau Julia. Für ihre Liebe, Geduld, Unterstützung, stetige Motivation und ihren unerschütterlichen Glauben an mich und diese Arbeit möchte ich auch an dieser Stelle von Herzen danken.

Ein großes Dankeschön an mein ehemaliges Team von der Fachklinik Enzensberg. Insbesondere an meinen ehemaligen Chef, Dr. Klaus Klimczyk, der meine Arbeit genehmigt und von der ersten Stunde an unterstützt hat. Ebenso an meine lieben KollegInnen vom Psychologenteam, ohne deren Unterstützung und Engagement diese Arbeit ebenfalls nicht möglich gewesen wäre: Dr. Oliver Kuhnt, Kerstin Harrabi, Dr. Maria Rime, Carina Hoefft und Monika Ehrlich. Ein großer Dank ebenfalls an Dr. Ingo Haase.

Ein herzlicher Dank auch an Herrn Bernhard Baltes-Götz, der mich trotz seines chronischen Zeitmangels wiederholt mit seinem Expertenwissen unterstützt hat.

Viele Menschen haben mich in den letzten Jahren motiviert und in vielfältiger Weise unterstützt. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht gelungen. Da ich mich so glücklich schätzen kann, dass es sehr viele liebe Menschen gibt, die Anteil an meinem Leben haben, ist es leider nicht möglich, jeden Einzelnen mit Namen zu würdigen. Ich möchte mich daher an dieser Stelle bei all diesen Menschen von Herzen bedanken.

## Zusammenfassung

Die hohen sozioökonomischen Kosten sowie die massiven Beeinträchtigungen von Menschen mit chronischen Schmerzen zeigen, wie wichtig die Weiterentwicklung und Erforschung spezifischer Therapieansätze bei chronischen Schmerzen ist. Die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) ist der in der Schmerztherapie dominierende und in seiner Wirksamkeit am besten evaluierte psychologische Ansatz. Jedoch werden für die CBT bei chronischen Schmerzen nur moderate Effektstärken berichtet (Morley et al., 1999; Veehof et al., 2011). Ebenso gibt es Hinweise, dass es Patientenpopulationen gibt, die von einem CBT-Ansatz nicht profitieren können (Turk, 2005; Vlaeyen & Morley, 2005). Auch können durch theoretische Überlegungen gewisse Mängel am kontroll-orientierten Ansatz der CBT aufgezeigt werden.

Bisher fehlen Studien, die Akzeptanz und Werte in einen kontroll-orientierten CBT-Ansatz integrieren und empirisch überprüfen. Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist es daher, (a) einen theoretischen Rahmen zu geben, auf dessen Basis der potenzielle Nutzen einer existenziellen Perspektive in der Therapie chronischer Schmerzen nachvollziehbar wird (Artikel 1), und (b) die Integration einer existenziellen Perspektive in die CBT bei chronischen Schmerzen empirisch zu überprüfen (Artikel 2 und Artikel 3). Die übergeordnete Hypothese besteht darin, dass die Integration existenzieller Aspekte zu einem signifikanten therapeutischen Zugewinn führen sollte, was sich in einer niedrigeren schmerzbedingten Behinderung und einer höheren Lebensqualität messen lassen sollte.

Diese Doktorarbeit liefert Hinweise, dass die Integration existenzieller Aspekte zu einer niedrigeren schmerzbedingten Behinderung führt als bei einem reinen CBT-Ansatz. Dieser Effekt bleibt auch über einen Nacherhebungszeitraum von 6 Monaten stabil. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte der erwartete Effekt nicht bestätigt werden, obwohl ein Trend in die erwartete Richtung erkennbar ist. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass es weiterer Differenzierung hinsichtlich der Behandlung bestimmter Patientengruppen bedarf, wie beispielsweise Patienten mit formal niedrigem Ausbildungs-

---

niveau oder Patienten die sich selbst als religiös/spirituell beschreiben. Insgesamt zeigen die Ergebnisse dieser Arbeit wichtige Entwicklungsmöglichkeiten für die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen auf. Dies sind insbesondere das Streben nach mehr Integration statt Separation von Therapieansätzen, eine Differenzierung der Therapieschwerpunkte bei chronischen Schmerzen, das Bereitstellen von spezifischen Behandlungsansätzen für spezifische Patientengruppen sowie der vermehrte Einbezug von Trauerprozessen in die Therapie chronischer Schmerzen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>vii</b>
<b>Abbildungsverzeichnis .....</b>	<b>vii</b>
<b>1. Einleitung.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>5</b>
2.1. Chronische Schmerzen.....	5
2.1.1. Das Phänomen Schmerz.....	5
2.1.2. Chronischer Schmerz – Definitionsversuche und Probleme .....	6
2.1.3. Kognitiv-behaviorale Therapie bei chronischen Schmerzen.....	12
2.2. Eine Existenzielle Perspektive .....	14
2.2.1. Der Mensch als freies Wesen.....	15
2.2.2. Der Mensch als mögliche Existenz.....	16
2.2.3. Der Mensch in den Grenzsituationen .....	17
2.2.4. Charakteristika Existenzieller Psychotherapie .....	17
2.3. Integration einer existenziellen Perspektive.....	19
<b>3. Zusammenfassung der Studienarbeiten .....</b>	<b>23</b>
3.1. Artikel 1 .....	23
3.2. Artikel 2 .....	25
3.3. Artikel 3 .....	26
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>28</b>
<b>5. Einschränkungen.....</b>	<b>34</b>
<b>6. Ausblick .....</b>	<b>37</b>
6.1. Integration statt Separation .....	37
6.2. Differenzierung der therapeutischen Schwerpunkte .....	39
6.3. Trauer als zentrales Thema bei chronischen Schmerzen .....	40
6.4. Differenzierung nach Patientengruppen.....	41
<b>7. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>44</b>

---

<b>8. Artikel 1: Integration einer existenziellen Perspektive in die kognitiv-behaviorale Therapie chronischer Schmerzen.....</b>	<b>53</b>
8.1. Zusammenfassung.....	53
8.2. Einleitung .....	55
8.3. Das Problem des chronischen Schmerzes .....	55
8.4. Kognitiv-behaviorale Schmerzpsychotherapie .....	58
8.5. Therapieziel Lebensqualität .....	61
8.6. Existentielle Psychotherapie und deren Relevanz für die Schmerztherapie .....	62
8.6.1. Grundlagen .....	62
8.6.2. Relevanz für die Schmerztherapie .....	64
8.6.3. Einschränkungen .....	66
8.7. EP und CBT – Ähnlichkeiten und Unterschiede .....	66
8.8. Resümee und Ausblick .....	70
8.9. Literatur.....	71
 <b>9. Artikel 2: Integration einer existenziellen Perspektive in ein kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm. Eine Kontrollgruppenstudie im stationären Setting. ....</b>	 <b>78</b>
9.1. Zusammenfassung.....	79
9.2. Hintergrund und Fragestellung .....	80
9.3. Methoden.....	85
9.3.1. Studiendesign.....	85
9.3.2. Stichprobe.....	86
9.3.3. Behandlungsprogramm .....	89
9.3.4. Therapeuten .....	90
9.3.5. Messinstrumente.....	91
9.3.6. Analysen.....	92
9.4. Ergebnisse.....	95
9.4.1. Haupteffekt Zeit: Therapieerfolg.....	95
9.4.2. Interaktionseffekte: Überlegenheit der Experimentalgruppe.....	95
9.4.3. Bildungsspezifische Untergruppen.....	95
9.4.4. Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt.....	97
9.5. Diskussion.....	98
9.6. Literaturverzeichnis.....	101

---

<b>10. Artikel 3: Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain. A clinical trial with 6 months follow-up. ....</b>	<b>105</b>
10.1. Abstract .....	106
10.2. Introduction .....	106
10.3. Methods .....	111
10.3.1. Trial Design .....	111
10.3.2. Participants. ....	112
10.3.3. Therapists .....	114
10.3.4. Study settings and treatment program. ....	114
10.3.5. Measures. ....	115
10.3.6. Statistical methods .....	116
10.4. Results .....	117
10.4.1. Outcome at treatment conclusion, 3-month and 6-month follow-up .....	117
10.4.2. Outcome-differences for spiritual and non-spiritual sub-groups .....	119
10.5. Discussion .....	120
10.6. References .....	124
<b>11. Anhang .....</b>	<b>131</b>
<b>13. Curriculum Vitae .....</b>	<b>176</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 3.1: Stichprobenmerkmale – Soziodemographie .....	88
Tabelle 3.2: Stichprobenmerkmale – Schmerzcharakteristika .....	89
Tabelle 3.3: Klinische Haupt- und Nebenerhebungsmaße (M, SD) im Prä-Post-Vergleich ...	93
Tabelle 3.4: Ergebnisse der MANOVA mit Messwiederholung zur Hypothesenprüfung ....	94
Tabelle 3.5: Ergebnisse der 2-faktoriellen ANOVA mit Messwiederholung zur Hypothesenprüfung .....	94
Tabelle 3.6: Klinische Haupterhebungsmaße (M, SD) für die Bildungsspezifischen Untergruppen im Prä-Post-Vergleich .....	97
Table 4.1: Descriptive characteristics.....	113
Table 4.2: Mean Values (SDs) and effect sizes for outcome measures at assessment points	117
Table 4.3: Results of the repeated measures ANOVAs and the simple contrasts .....	118
Table 4.4: Means (SDs) and effect sizes for pain-related disability at assessment points, separated for spiritual vs. non-spiritual .....	120

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Flussdiagramm zur Stichprobenentwicklung.....	87
Figure 4.2: Flow diagram of participant flow.....	111



# SYNOPSIS

## 1. Einleitung

Fortschritte im Verständnis und in der Behandlung chronischer Schmerzen sind sowohl für die Betroffenen als auch für die Gesellschaft von großer Relevanz. Gatchel und Oki-fuji (2006) berichten, dass mehr als 50 Millionen Amerikaner von chronischen Schmerzen betroffen sind und sich die direkten und indirekten Kosten pro Jahr auf mehr als 70 Milliarden US-Dollar belaufen. Die groß angelegte „Pain in Europe Study“ (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2006) untersuchte 46.394 Personen in 15 europäischen Ländern sowie Israel; die berichteten Prävalenzraten von chronischen Schmerzen rangierten zwischen 12% und 30%. Die teuerste Krankheit der westlichen Staaten sei der Rückenschmerz, mit direkten und indirekten Kosten im zweistelligen Milliardenbereich (1998: 25 Mrd. Euro; Hüppe & Fritsche, 2007). Diese Kosten werden jedoch zu mehr als 80% allein von den Patienten mit chronischen Rückenschmerzen verursacht, obwohl diese nur ca. 10% der Rückenschmerzpatienten ausmachen. Chronische Schmerzen verursachen jedoch nicht nur erhebliche Kosten für die Gesundheits- und Sozialsysteme. Menschen mit chronischen Schmerzen sind in der Regel mit erheblichen Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert, die sie als Person in allen Lebensbereichen einschränken (Breivik et al., 2006; Eccleston, 2011). “According to World Health Organization, the prevalence of chronic pain is one of the most underestimated health care challenges in the world, causing detrimental effects on quality of life for the person with pain and entailing a major burden on health care systems” (Thorsell et al., 2011, S. 716).

Die hohen sozioökonomischen Kosten sowie die massiven Beeinträchtigungen der Betroffenen unterstreichen, wie wichtig die Weiterentwicklung und Erforschung spezifischer Therapieansätze bei chronischen Schmerzen sind. Während akuter Schmerz in der Regel eindeutig physiopathologischen Faktoren zugeordnet und effektiv behandelt werden kann, ist dies bei chronischem Schmerz zumeist nicht der Fall. Trotz erheblichem Erkenntniszugewinn in den letzten 20 Jahren, insbesondere durch neurowissenschaftliche Forschungen, stellen chronische Schmerzen nach wie vor eine große Herausforderung dar und die Therapieerfolge sind trotz (kosten-) intensiver Behandlungsprogramme oft nur mäßig (Kröner-Herwig, 2005; Morley, Eccleston & Williams, 1999).

Die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) ist der in der Schmerztherapie dominierende und in seiner Wirksamkeit am besten evaluierte psychologische Ansatz. Während die CBT als überwiegend problem-orientiert beschrieben werden kann, mehren sich in den letzten Jahren die Hinweise darauf, dass ein akzeptanz- und werte-orientierter Ansatz bei der Behandlung chronischer Schmerzen hilfreich sein kann. Studien zeigen im direkten Vergleich sogar eine Überlegenheit von akzeptanz-orientierten gegenüber kontroll-orientierten Interventionen (Branstetter-Rost, Cushing & Douleh, 2009; McCracken & Eccleston, 2003; Thorsell et al., 2011). Bisher fehlen jedoch Studien, die spezifische akzeptanz- und werte-orientierte Aspekte in einen CBT-Ansatz integrieren und empirisch überprüfen.

Noyon und Heidenreich (2007) diskutieren die Stärken und Schwächen des Problemfokus der CBT und argumentieren in diesem Zusammenhang für die Integration einer existenziellen Perspektive in die CBT. Dieser Ansatz wurde bereits in einer früheren Studie verfolgt, bei der das Einbeziehen von existenziellen Aspekten in eine Schreibinstruktion zur Bewältigung traumatischer Erlebnisse empirisch untersucht wurde (Gebler & Maercker, 2007). Die Ergebnisse dieser explorativen Studie deuten darauf hin, obgleich mit erheblichen methodischen Mängeln, dass die Integration existenzieller Aspekte zu einem bedeutsamen therapeutischen Zugewinn führen und es sich lohnen kann, diesen Ansatz weiter zu verfolgen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, (1) einen theoretischen Rahmen zu geben, auf dessen Basis der potenzielle Nutzen einer existenziellen Perspektive in der Therapie chro-

nischer Schmerzen nachvollziehbar wird, (2) die Integration einer existenziellen Perspektive in die CBT bei chronischen Schmerzen empirisch zu überprüfen. Methodische Zielsetzung war der empirische Vergleich eines bestehenden CBT-Schmerzbewältigungsprogramms mit demselben Programm, in das existenzielle Aspekte integriert wurden. Die übergeordnete Hypothese besteht darin, dass die Integration existenzieller Aspekte zu einem signifikanten therapeutischen Zugewinn führen sollte, was sich in einer niedrigeren schmerzbedingten Behinderung und einer höheren Lebensqualität messen lassen sollte.

Zunächst wird auf den theoretischen Hintergrund von chronischer Schmerzen, des Ansatzes der CBT bei chronischen Schmerzen sowie die existenzielle Psychotherapie eingegangen. Dies umfasst die Definitionen der relevanten Konzepte sowie eine kritische Auseinandersetzung mit diesen. Daran schließt sich die theoretische Verknüpfung der Konzepte an. Es folgen die Zusammenfassungen der drei Fachartikel, die Diskussion der Ergebnisse im fachlichen Kontext, die Darstellung der Einschränkungen der Studienergebnisse sowie ein Ausblick. Im Anschluss an die Synopsis finden sich die drei Fachartikel. Gegenstand des 1. Fachartikels ist die theoretische Auseinandersetzung mit dem potenziellen Nutzen einer Integration einer existenziellen Perspektive in ein CBT-Schmerzprogramm. Der 2. Fachartikel berichtet die Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs des reinen CBT-Behandlungsprogramms (CBP) gegenüber dem existenziell-integrativen Behandlungsprogramm (EBP) hinsichtlich der schmerzbedingten Behinderung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Zusätzlich werden in diesem Artikel die Analysen nach bildungsspezifischen Untergruppen dargestellt. Der 3. Fachartikel berichtet die Ergebnisse hinsichtlich der schmerzbedingten Behinderung im längeren zeitlichen Verlauf von 3-Monate und 6-Monate Nacherhebungen. Zusätzlich werden in diesem Artikel gruppenspezifische Effekte von Personen, die sich selbst als religiös/spirituell ansehen gegenüber denen, die das nicht tun, dargestellt.

In der gesamten Arbeit werden Begriffe wie Patient, Betroffener, Therapeut etc. grammatikalisch nur in der männlichen Form benutzt, obwohl damit jeweils Menschen beiderlei Geschlechts gemeint sind. Diese Lösung ist sicherlich nicht ganz befriedigend, insbesondere wenn man bedenkt, dass sowohl in den Patientenkollektiven mit chronischen

---

Schmerzen als auch im Fachbereich Psychologie zumeist mehrheitlich Frauen sind. Um holprige und unästhetische Ausdrücke zu vermeiden und den Lesefluss nicht zu stören, fiel die Entscheidung zugunsten der traditionellen Lösung. Dies geschieht im Vertrauen darauf, dass der Leser bei männlich-neutralen Begriffen auch weibliche Repräsentanten gedanklich entstehen lassen kann.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### 2.1. Chronische Schmerzen

#### 2.1.1. Das Phänomen Schmerz

Die „International Association for the Study of Pain“ (IASP) definiert Schmerz als *unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder drohenden Gewebeschädigung verbunden ist oder in Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird*.

Diese Definition berücksichtigt wichtige Besonderheiten des Phänomens Schmerz. Schmerz ist demnach sowohl eine Sinnesempfindung als auch ein Gefühl, ist ein sowohl somatisches wie psychisches Phänomen. Schmerz ist normalerweise mit tatsächlicher oder drohender Gewebeschädigung verbunden, aber nicht notwendigerweise. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass sich Schmerzbeschwerden nur schlecht durch beobachtbare physiologische Merkmale vorhersagen lassen (Eccleston, 2011). Eine weitere Besonderheit besteht darin, dass Schmerz typischerweise in Begriffen von Gewebeschädigung oder äußerer Gewalteinwirkung beschrieben wird, was üblicherweise zu einer externalen Attribution von Schmerz führt. Außerdem wird in dieser Definition herausgestellt, dass Schmerz in erster Linie eine subjektive Erfahrung ist.

Gleichzeitig werden in dieser Definition Funktionen und Konsequenzen von Schmerz vernachlässigt. So stellt Eccleston (2011) heraus, dass eine zentrale Funktion von Schmerz in der Unterbrechung der Aufmerksamkeit zu sehen ist. Schmerz dient hauptsächlich dazu, aktuelle Aufmerksamkeits- und Verhaltensmuster zu unterbrechen, um neue Informati-

onen über Umweltgefahren bereitzustellen und dadurch neue Verhaltensprioritäten von Flucht und Vermeidung aufzudrängen. Ebenso betont er, dass Schmerz nicht nur als private, mentale Erfahrung gesehen werden sollte, sondern auch als kommunikatives Ereignis. Schmerz hat eine soziale Funktion; Schmerz ist nicht nur individuelles, sondern auch ein soziales Alarmsystem, das Mitmenschen vor möglicher Gefahr warnen soll.

Morley (2011) differenziert Schmerz unter Bezugnahme auf drei Aspekte, die miteinander verbunden sind: Unterbrechung, Beeinträchtigung und Identität. *Unterbrechung* bezieht sich auf die oben beschriebene Funktion von Schmerz, dass aktuelle Aufmerksamkeits- und Verhaltensmuster unterbrochen werden. Andauernde und/oder wiederholte Unterbrechung hat gravierende negative Konsequenzen auf die individuelle Leistungsfähigkeit. Dies führt zu *Beeinträchtigung*, da die Erledigung von Aufgaben nicht mehr oder nur in einer unakzeptablen Art und Weise möglich ist. Wiederholte Beeinträchtigung von wichtigen Lebensaufgaben wirkt sich schließlich negativ auf das *Identitätsgefühl* der Person aus. Kurzfristiger (laborinduzierter) Schmerz hat unterbrechende Effekte, aber es ist unwahrscheinlich, dass er Beeinträchtigung produziert oder das Identitätsgefühl beeinflusst. Akuter klinischer Schmerz hat sowohl Effekte von Unterbrechung als auch kurzfristige Beeinträchtigung, aber er wird wahrscheinlich nicht das Identitätsgefühl beeinträchtigen. Chronischer Schmerz dagegen hat normalerweise erheblichen Einfluss auf alle drei Kategorien.

### **2.1.2. Chronischer Schmerz – Definitionsversuche und Probleme**

Chronische Schmerzen sind äußerst vielfältig und es gibt eine lange Liste von Krankheitsbildern, die mit anhaltenden Schmerzen verbunden sind. Diese werden normalerweise nach deren Lokalisation (beispielsweise Rücken-, Kopf-, Schulterschmerzen) und die Art der Verletzung (beispielsweise neuropathisch, myofaszial, arthritisch) benannt. Im klinischen Alltag sind es oft Kombinationen von multiplen Schmerzzuständen. Zusätzlich werden bei chronischen Schmerzen auch psychologische Diagnosen relevant, wie die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40), die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), die andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) und die psychologischen Faktoren oder Ver-

haltungsfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54). Und es gibt noch weitere psychische Störungen, bei denen anhaltende Schmerzen Teil des Syndroms sein können, wie beispielsweise im Rahmen einer Depression oder einer posttraumatischen Belastungsstörung. Angesichts dieser Vielfalt stellt sich die Frage nach einer einheitlichen Definition des Konzepts „chronischer Schmerz“.

„Gültige Vereinbarungen, wann und unter welchen Bedingungen Schmerz als ‚chronisch‘ zu bezeichnen ist, fehlen in Forschung und Klinik. Die Modelle, Merkmale, Kriterien und Prädiktoren für Chronifizierung sind sehr heterogen“ (Nilges & Nagel, 2007, S. 2133). Bonica (1953) hat vorgeschlagen, Schmerzen dann chronisch zu nennen, wenn die übliche Heilungsphase um mehr als 4 Wochen überschritten wird. Auch nach der „International Association for the Study of Pain“ (IASP) wird chronischer Schmerz meist auf der Basis des zeitlichen Fortbestehens von Schmerz über eine gewisse Zeitdauer hinaus definiert. Dabei hat sich als pragmatisches Kriterium ein Zeitraum von 3–6 Monaten etabliert, so dass über diesen Zeitraum anhaltende oder immer wiederkehrende Schmerzen als chronisch angesehen werden.

Diese Definitionsversuche von Schmerzen als chronisch im Sinne der ursprünglichen Wortbedeutung – also als anhaltend über die Zeit – sind in verschiedener Hinsicht unzureichend. So sind Zeiten für „übliche Heilungsphasen“ nur schwer festzulegen und außerdem wären chronische Schmerzen dann auf solche Beschwerden beschränkt, die mit einer klaren somatischen Schädigung begonnen haben. Dies ist bei chronischen Schmerzen jedoch häufig nicht der Fall, wie beispielsweise bei vielen Patienten mit Kopf- oder Rückenschmerzen. Ebenso lassen die Ergebnisse von Tierstudien aus den letzten 20 Jahren die Standarddefinition mit einem globalem Zeitkriterium sehr fraglich erscheinen, so dass Apkarian, Baliki und Geha (2009, S. 82) hervorheben: „that the definition of chronicity cannot be independent of the type of chronic pain in question and thus should be functionally determined for each type separately“. Weiter bleiben bei einer rein zeitorientierten Definition die Häufigkeit, die Intensität der Beeinträchtigung sowie die Anzahl der gescheiterten Behandlungsversuche unberücksichtigt (Nilges & Nagel, 2007), die jedoch entscheidend zum Ausmaß der Chronifizierung beitragen.

Chronischer Schmerz sollte weniger als ein Zustand sondern vielmehr als anhaltender Prozess gesehen werden. „Der Begriff Chronifizierung beschreibt eine Entwicklung, bei der die Dauer der Schmerzen behelfsmäßig als Bestimmungsmerkmal verwendet wird. Inhalt und Verlauf sind aber durch weit über den Zeitaspekt hinausgehende Wechselwirkungen zwischen somatischen, psychischen und sozialen Faktoren gekennzeichnet“ (Nilges & Nagel, 2007, S. 2134). Chronischer Schmerz als anhaltender Prozess wurde in der deutschsprachigen Schmerzliteratur erstmals von Gerbershagen (2002) beschrieben. Als chronisch werden Schmerzen demnach dann bezeichnet, wenn sie:

- eine zentrale Bedeutung im Leben einnehmen,
- mit erfolglosen Therapieversuchen und Enttäuschungen verbunden sind,
- zu gravierenden Einschränkungen der Lebensqualität führen und
- mit bedrückender Stimmung, Ängsten und reduzierter Leistungsfähigkeit einhergehen.

Durch diesen deskriptiven Ansatz ist eine relativ einfache Klassifikation von Chronifizierung möglich, die gleichzeitig offen ist für somatische und/oder psychosoziale Erklärungen. Das Mainzer Stadiensystem nach Gerbershagen (2002) differenziert den Schmerz auf vier Ebenen:

- die zeitliche Dimension,
- die Lokalisation,
- das Medikamenteneinnahmeverhalten und
- die bisherigen Behandlungsversuche.

Die Merkmale dieser vier Ebenen werden zu einem Summenwert kombiniert, der es möglich macht, das Schmerzproblem einem von drei Chronifizierungsgraden zuzuordnen (Nilges & Nagel, 2007).

Bei chronischen Schmerzen ist eine klare somatische Ursachenzuschreibung häufig nicht möglich. Neurowissenschaftliche Befunde zeigen, dass chronischer Schmerz oft kaum noch mit den physiologischen Faktoren zusammenhängt, die ihn ursprünglich auslösten (Flor & Hermann, 2006). Ebenso sind traditionelle medizinische Behandlungen (wie Medikamente, Spritzen, Operationen) oft nicht effektiv (Morley et al., 1999; Nachem-



son, 1992). Patienten mit chronischen Schmerzen werden daher regelmäßig unter die Kategorie „medically unexplained symptoms (MUS)“ gefasst (de Williams & Cella, 2012). Dies ist im Kontext von biomedizinischen Modellen zu sehen, nach denen eine Schmerzerfahrung die Manifestation eines zugrunde liegenden nozizeptiven Prozesses ist, der auf eine Läsion oder eine Pathologie hinweist. Die Diagnose führt zur Behandlung der Läsion oder der Pathologie, was zu einer Beseitigung der Schmerzerfahrung führen sollte. Diese Sichtweise stammt von einem vereinfachten und irrtümlichen Modell von Schmerz, in welchem Schmerz direkt proportional zu dem Ausmaß von Verletzung/Pathologie ist.

Die Einordnung von chronischen Schmerzen als „medically unexplained“ kann für die Patienten als problematisch angesehen werden. Während die Patienten in der Regel Verständnis und Erleichterung suchen, führt diese diagnostische Einordnung zu erheblicher Unsicherheit und Belastung. Denn diese impliziert Zweifel über die Authentizität der Problematik, Zweifel über die Ehrlichkeit der Motive der Patienten sowie Zweifel über die Adäquatheit der bisherigen Bewältigungsversuche. Dadurch kommt es leicht zu einer Verschiebung der Perspektive, in der den Patienten ein Großteil der Verantwortung für deren leidvolle Situation zugewiesen wird. „Patients with MUS are often represented as ‘wasting’ resources, refusing explanations and treatment, and repeatedly requesting medical help” (de Williams & Cella, 2012, S. 201).

Nach de Williams und Cella (2012) gibt es in der klinischen Praxis eine lange Tradition darin, wann immer etwas nicht in die bestehenden Krankheitskategorien passt, es auf schlecht spezifizierte psychologische oder psychopathologischen Prozesse zurückzuführen. Auch Apkarian, Baliki und Geha (2009, S. 84) halten fest: „As peripheral physical factors have failed to show a relationship with back pain, a long list of psychosocial and demographic factors have been studied.”

In diesem Kontext gibt es Studien, welche die Bedeutsamkeit von psychosozialen Faktoren für die Chronifizierung von Schmerz herausstellen. So ergab eine Studie zum Verlauf von akuten Rückenschmerzen, dass das Risiko, auch nach einem Jahr noch über anhaltenden Schmerzen zu klagen, vor allem mit Aspekten der Lebensweise (wie Aktivitätsniveau oder Rauchgewohnheiten), Unzufriedenheit am Arbeitsplatz sowie mit schmerzspezifi-

schen Merkmalen (wie ausgedehnte Schmerzen bereits vor dem Einsetzen von Rückenproblemen) verbunden war (Thomas et al., 1999). Zusammenfassend nennen Nilges und Nagel (2007) als wichtigste Prädiktoren für Chronifizierung: soziale Belastungsfaktoren, psychologische Komorbidität (insbesondere Angststörungen und Depression) sowie inadäquate Bewältigungsstrategien (wie Inaktivität oder Neigung zu katastrophisierendem Denken).

Andererseits betonen Nilges und Nagel (2007) auch, dass letztlich „kein psychopathologisches Modell dauerhafte und wesentliche Beiträge zur Frage der Chronifizierung leisten konnte“ (S. 2134). Auch Apkarian, Baliki und Geha (2009, S. 84) resümieren bezüglich aktueller Studienergebnisse zu psychosozialen Faktoren bei der Chronifizierung: „Cumulatively, however, these factors provide poor predictions regarding chronic pain“. Eccleston (2011) führt aus, dass es keine Beweise für zugrunde liegende prämorbid psychologische Vulnerabilität gibt. Die Idee einer „Schmerzpersönlichkeit“ wird heute allgemein als populärer Mythos abgelehnt, da es keinerlei Beweise für irgendwelche Persönlichkeitseigenschaften gibt, die das Risiko für chronische Schmerzen erhöht.

Insgesamt hat sich das Verständnis von den Prozessen der Schmerzchronifizierung in den letzten Jahren, insbesondere durch neurowissenschaftliche Studien, deutlich verbessert. Aktuelle Studienergebnisse zu chronischen Rückenschmerzen zeigen beispielsweise, dass die Wahrscheinlichkeit, ein chronisches Schmerzsyndrom zu entwickeln, steigt, (1) je intensiver der Schmerz ist (zusammen mit einer Vorgeschichte von Rückenschmerzen), (2) je länger die Schmerzen anhalten und (3) wenn er mit Schädigungen des Ischiasnervs verbunden ist, und (4) insbesondere wenn diese Faktoren mit hoher Depression verbunden sind (Apkarian et al., 2009). De Williams und Cella (2012) berichten von einer Tierstudie, die zeigen konnte, dass Ratten, die als Neugeborene anhaltendem Stress ausgesetzt waren, im Erwachsenenalter anhaltende Hyperalgesie und muskulärer Sensibilisierung aufweisen. Die Autorinnen stellen diese Ergebnisse in direkten Zusammenhang mit der menschlichen Schmerzstörung der Fibromyalgie, die mit retrospektiven Berichten von Kindheitsstress assoziiert ist. Tiermodelle konnten insgesamt zeigen, dass lang andauernde oder intensive Schmerzzustände (z. B. wenn eine Entzündung auftritt) zu anhaltenden Veränderungen peripherer Rezeptoren, spinaler Neurone bis hin zu Veränderungen der zentralen

Schmerzverarbeitung führen (Flor & Hermann, 2006; Nilges & Nagel, 2007). Das Ausmaß der Veränderungen im peripheren und zentralen Nervensystems korreliert mit dem Ausmaß der Schmerzen. Studien zu Auffälligkeiten und Zusammenhängen von Gehirn und chronischem Schmerz zeigen beispielsweise spezifische Veränderungen in der Gehirnechemie bestimmter Gehirnareale, spezifische Gehirnaktivitäten in verschiedenen Gehirnarealen (beispielsweise wird chronischer Schmerz in anderen Gehirnarealen verarbeitet wie akuter Schmerz), spontane Fluktuationen bei chronischem Schmerz, spezifische Veränderungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit (beispielsweise eine bedeutsame Beeinträchtigung in der emotionalen Entscheidungsfähigkeit), charakteristische Veränderungen in der Gehirnmorphometrie (beispielsweise Neuronenverlust, insbesondere im rechten Thalamus und des dorsolateralen präfrontalen Cortex) sowie genetische Prädispositionen (Apkarian et al., 2009). Die Befunde deuten darauf hin, dass beispielsweise der Neuronenverlust ein anhaltender Prozess ist, der zumindest teilweise irreversibel ist. Chronischer Schmerz könnte in dieser Perspektive vorwiegend als ein Problem neurologischer Reorganisation und Degeneration charakterisiert werden (Wand & O'Connell, 2008). Diese neurowissenschaftlichen Ergebnisse zeigen, dass chronische Schmerzzustände eine biologische Grundlage haben und nicht einfach nur Einbildungen von Patienten sind.

Die nach Schmerz auftretende Sensitivierung des ZNS kann durch implizite Lernprozesse wie klassisches und operantes Konditionieren oder Priming verstärkt werden (Flor & Hermann, 2006). Apkarian, Baliki und Geha (2009, S. 93) argumentieren, "that chronic pain is a state of continuous learning, in which aversive emotional associations are continuously made with incidental events simply due to the persistent presence of pain. Simultaneously, continued presence of pain does not provide an opportunity for extinction." Diese erlernten Schmerzassoziationen können daher nur schwer wieder gelöscht werden. Sie sind normalerweise der bewussten Verarbeitung nicht zugänglich und können nur durch Verhaltensbeobachtung, psychophysische und physiologische Messungen erfasst werden. Dennoch sind die zentralnervösen Veränderungen durch sensorisches Feedback sowie verhaltensbasierte und kognitive Methoden beeinflussbar.

### 2.1.3. Kognitiv-behaviorale Therapie bei chronischen Schmerzen

Chronische Schmerzen sind schwierig zu behandeln und traditionelle, unimodale Behandlungsansätze sind meist wenig erfolgreich (Morley et al., 1999; Nachemson, 1992). Die aktuellen Therapieempfehlungen bei chronischen Schmerzen beinhalten ein multidisziplinäres Vorgehen mit biopsychosozialer Perspektive (Flor, Fydrich & Turk, 1992; Kröner-Herwig, 2005; Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007). Dies umfasst beispielsweise Edukation, pharmakologische und invasive Behandlungen, Physiotherapie, Massagetherapie, psychosoziale Interventionen sowie auch alternative Behandlungsformen. Psychologische Ansätze sind im Rahmen dieser multidisziplinären Behandlungsprogramme gut etabliert. Dabei ist die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) die dominante und in ihrer Wirksamkeit am besten belegte Therapieform (Eccleston, 2011; Morley, 2011).

CBT adäquat zu definieren ist nicht leicht. Der Begriff „CBT“ vereint eine ganze Klasse von Behandlungsansätzen, die sich in den letzten 50 Jahren aufgrund von Fortschritten im Verständnis der psychologischen Veränderungsmechanismen stetig weiterentwickelt haben (Morley, 2011). Definitionsversuche weisen häufig auf die Breite des Aufgabengebietes und Anwendungskontextes sowie einen Mix von Techniken und Methoden, unterschiedlichen Zielen und insgesamt dem Fehlen von Spezifität hin (Dahl, Wilson, Luciano & Hayes, 2005; Gatchel, Peng, Peters, Fuchs & Turk, 2007; Morley, 2011; de Williams, 2008). (Siehe zu diesem Thema auch den „Ausblick“ auf Seite 37.)

Das primäre Ziel der CBT ist die Etablierung und Förderung des Selbstmanagements der Patienten. Morley (2011) beschreibt die Schlüsselemente der CBT bei chronischen Schmerzen in deren zeitlichen Entwicklung und benennt folgende wichtige Bestandteile: durch *Verhaltensanalyse und Verhaltensmodifikation* wird versucht, schmerzaufrechterhaltende und -verstärkende Verhaltensweisen zu reduzieren; mit *Entspannungsverfahren und Biofeedback* soll der hypothetisierte Schmerz-Spannung-Schmerz-Kreislauf durchbrochen werden; *dysfunktionale Kognitionen und deren zugrundeliegenden kognitive Schemata* sollen identifiziert und verändert werden; durch die Verbesserung von *Coping-Skills* sollen Problemlösefähigkeiten und das Gefühl von Selbstkontrolle verbessert sowie schmerzassoziierter und schmerzverstärkender Stress reduziert werden; dazu gehört auch das För-

dern von *Achtsamkeit*, wodurch zusätzlich der Aufmerksamkeitsfokus mehr auf die angenehmen Lebensaspekte gerichtet werden kann. Das *Fear-Avoidance-Modell* sei in gewisser Hinsicht die Essenz der CBT: durch individualisierte Verhaltensexperimente wird die Gültigkeit von Überzeugungen überprüft und alternative Verhaltensweisen ausprobiert. Das Fear-Avoidance-Modell sei relativ spezifisch und zielt insbesondere auf eine Untergruppe von Patienten mit chronischen Schmerzen: diejenigen mit Angst vor bestimmten Bewegungen und Aktivitäten, in Verbindung mit der Überzeugung, dass diese mit katastrophalen Konsequenzen verbunden sind. Exposition sollte letztlich über eine Reduktion von Angst und Schmerzverhalten auch zu einer Reduktion der Schmerzintensität führen. Eine aktuelle Studie untersuchte die Effektivität von Exposition bei chronischen Rückenschmerzen (Woods & Asmundson, 2008). Obwohl sich die Patienten durch Exposition auf verschiedenen angstbezogenen Erhebungsmaßen verbesserten, zeigten die primären Erhebungsmaße keinerlei Verbesserung hinsichtlich der schmerzbedingten Beeinträchtigung.

Das primäre Ziel traditioneller Schmerzbehandlung ist Schmerzreduktion bzw. -elimination und Wiederherstellung der vorherbestehenden Funktionalität, entsprechend einem Verständnis von Schmerz als Symptom. Bei chronischen Schmerzen jedoch wird der Schmerz vom Symptom zur Krankheit selbst und der traditionelle Ansatz verliert seine Grundlage. Flor und Hermann (2007) betonen daher, dass das primäre Ziel psychologischer Interventionen nicht in Schmerzlinderung sondern in einer besseren Schmerzbewältigung und damit in einer Verbesserung der Lebensqualität bestehen sollte. Tatsächlich scheint die CBT jedoch dem traditionellen Behandlungsansatz der Schmerzlinderung verhaftet zu bleiben. Denn im Wesentlichen fokussiert sie auf eine Verbesserung und Optimierung kontrollorientierter Copingstrategien, wie beispielsweise auf eine Verbesserung der subjektiven Kontrollüberzeugungen, eine Steigerung der positiven Einflussnahme auf das Schmerzerleben sowie den Abbau schmerzbezogener negativer Gedanken und Gefühle (Flor & Hermann, 2007; Hayes & Duckworth, 2006).

Die Strategien der CBT lassen sich überwiegend dem assimilativen Bewältigungsmodus nach Brandtstädter (2007) zuordnen. Unter assimilativer Bewältigung versteht man eine hartnäckige Zielverfolgung, also Versuche, eine ungünstige Situation so zu verändern,

dass Diskrepanzen zu persönlichen Zielen und Wünschen beseitigt oder verringert werden. Beispielsweise beharrliche Versuche, durch gezielte Aufmerksamkeitslenkung, Entspannungstechniken sowie Verhaltensmodifikationen eine zufriedenstellende Schmerzreduktion zu erreichen.

Nach der Konzeption von Brandtstädter (2007) sollten die assimilativen Bewältigungsstrategien durch akkommodative ergänzt werden. Akkommodative Strategien beziehen sich auf das Vermögen Ziele und Einstellungen flexibel an die gegebenen Umstände anpassen zu können, um dadurch ebenfalls Zieldiskrepanzen zu reduzieren. Sie sind besonders dann von Bedeutung, wenn die Lebensumstände nur schwer oder gar nicht in die gewünschte Richtung veränderbar erscheinen. Beispielsweise wird das Akzeptieren von Schmerzen dem akkommodativen Strategien zugerechnet. Aktuelle Studien zeigen eine Überlegenheit von akzeptanz-orientierten Strategien im Vergleich zu kognitiv-kontrollorientierten Strategien sowohl bei laborinduziertem Schmerz (Branstetter-Rost et al., 2009) als auch bei der Bewältigung von chronischen Schmerzen (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003, 2005; Thorsell et al., 2011).

Bei chronischen Schmerzen sind assimilative Copingstrategien allein häufig nicht ausreichend (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011). Tatsächlich werden für die CBT bei chronischen Schmerzen auch nur moderate Effektstärken berichtet (Morley et al., 1999; Veehof et al., 2011). Ebenso gibt es Hinweise, dass ein Teil der Patienten von einem CBT-Ansatz nicht profitieren kann (Turk, 2005; Vlaeyen & Morley, 2005). Vor diesem Hintergrund sind Bemühungen um eine Weiterentwicklung der vorhandenen Therapieansätze wichtig und sinnvoll.

## **2.2. Eine Existenzielle Perspektive**

Existenzielle Psychotherapie (EP) ist ebenfalls schwer zu definieren. Cooper (2003, S. 1) schreibt dazu: "Existential Therapy is complex and simply not possible to define in any single way. Rather it is best understood as a rich tapestry of intersecting therapeutic practi-

ces, all of which orientate themselves around a shared concern.” Im Kern ist allen existenziellen Ansätzen gemeinsam, dass sie auf einer existenzphilosophischen Grundlage beruhen. Es ist dabei kaum möglich eine allgemein gültige Liste von Philosophen aufzustellen, die für existenzielle Therapieansätze relevant sind. Häufig werden in diesem Zusammenhang genannt: Søren Kierkegaard, Friedrich Nietzsche, Martin Buber, Karl Jaspers, Paul Tillich, Gabriel Marcel, Martin Heidegger, Jean-Paul Sartre und Albert Camus (Cooper, 2003). Die Existenzphilosophie selbst ist kein einheitliches Gebilde. Der gemeinsame Oberbegriff sollte nicht darüber hinwegtäuschen, dass zwischen den einzelnen Vertretern der Existenzphilosophie teilweise gravierende Unterschiede bestehen, beispielsweise zu den Themen der Religiosität, zum Sinn des Lebens oder dem Freiheitsbegriff. Es sollte daher nicht erstaunen, dass es auch zwischen den existenziellen Therapieansätzen erhebliche Unterschiede und zum Teil widersprechende Meinungen gibt (Walsh & McElwain, 2002). Bekannte existenzielle Therapieansätze sind beispielsweise: die Daseinsanalyse nach Binswanger (1942), die Logotherapie und Existenzanalyse nach Frankl (1979), der amerikanische existenziell-humanistische Ansatz nach Yalom (2000), sowie die britische Schule der Existenzanalyse nach van Deurzen (2010). Der dieser Arbeit zugrundeliegende existenzielle Ansatz bezieht sich im Wesentlichen auf die Arbeiten von Jaspers (1973), Frankl (1979) und Yalom (2000). Im Folgenden sollen die wichtigsten Aspekte dieses Ansatzes umrissen werden, ohne jedoch differenzierter darauf eingehen zu können. Dies sind im Einzelnen: Der Mensch als freies Wesen; der Mensch als mögliche Existenz und der Mensch in den Grenzsituationen.

### **2.2.1. Der Mensch als freies Wesen**

Die Frage, ob der Mensch einen freien Willen hat oder nicht, wird seit Jahrhunderten kontrovers geführt. Es ist im Rahmen dieser Arbeit nicht möglich auf die umfassende Literatur zu dieser Diskussion einzugehen (siehe beispielsweise als zwei aktuelle Hauptvertreter der Kontroverse: Bieri, 2003; Singer, 2004). Aus existenzieller Sicht ist der Mensch ein freies Wesen. Der Mensch wird nicht nur als ein lernendes/geschichtliches und soziales Wesen gesehen, das mit biologischen Grundvoraussetzungen in Umweltkontexte einge-



bunden ist, sondern auch als ein geistbegabtes Wesen. Das heißt, als ein freies und verantwortliches Wesen, das auf Transzendenz bezogen ist und nach Sinn und Bedeutung sucht.

„Unser Selbstverständnis sagt uns: Wir sind frei“ (Frankl, 2002, S. 87). Der existenzielle Freiheitsbegriff meint jedoch nicht Willkür, sondern der Wille ist frei wenn er sich dem Urteil darüber fügt, was zu wollen richtig ist. Dadurch ist Freiheit an Transzendenz gebunden, d. h. an eine immaterielle Wirklichkeit wie Gott oder Werte. Der Mensch ist in existenziellem Verständnis auch nicht frei von Bedingungen, aber er ist frei darin, wie er sich zu diesen Bedingungen verhält und einstellt.

### **2.2.2. Der Mensch als mögliche Existenz**

Ein zentraler Begriff in der Existenzphilosophie von Jaspers (1973) ist der Mensch als „mögliche Existenz“. Gemeint ist eine spezifische Weise des Seins, deren der Mensch potenziell fähig ist; der Mensch kann Existenz verwirklichen, er kann es aber auch lassen. Die Verwirklichung von Existenz ist das zentrale Anliegen von Jaspers. Es ist gleichzeitig auch seine Antwort auf die Frage nach dem Sinn des Lebens. Ein sinnvolles Leben und „existieren“ sind für Jaspers dasselbe. Mit diesem zentralen Anliegen stimmt er daher mit Frankl (2002) überein, der in der Suche nach Lebenssinn das grundlegende Motiv des Menschen sieht.

Bei Jaspers' Existenzbegriff sind zwei Momente von entscheidender Bedeutung: Der Mensch erfährt sich als Freiheit (Selbstbestimmtheit), und Freiheit erfährt sich als abhängig von Transzendenz (Schüssler, 1995). Der Mensch verwirklicht demnach Existenz, wenn er frei und verantwortlich auf das bezogen ist, was ihn unbedingt angeht, seine „ultimate concerns“ (Tillich, 1991), seine Ideale und Werte. Diese Ideale und Werte gilt es zu leben und zu verwirklichen. In dem Maße, wie einem Menschen das gelingt, verwirklicht er Lebenssinn. Der Mensch kann in diesem Sinn dadurch charakterisiert werden, dass er frei und verantwortlich dafür ist, seine Werte gegenüber seinen Anlagen, seiner Umwelt und seinen Trieben hochzuhalten, sie zu bewahren und sie zu leben. Existenz und ein sinnvolles Leben sind so gesehen kein Zielzustand, den es zu erreichen gilt, sondern Existenz kann nur im Augenblick vollzogen werden.



### 2.2.3. Der Mensch in den Grenzsituationen

Im existenziellen Ansatz geht es insbesondere um die Auseinandersetzung mit „existenziellen Themen“, mit den tiefen und existenziellen Fragen des menschlichen Lebens. Von Bedeutung sind hier insbesondere die sogenannten „Grenzsituationen“ (Jaspers, 1973). Damit sind keine Extremereignisse gemeint, sondern es geht um eine authentische innere Bewusstwerdung und Auseinandersetzung mit bestimmten Grundsituationen des Lebens, denen der Mensch nicht entkommen kann, die nicht veränderbar sind und an denen der Mensch letztlich scheitert – sie sind Grenze der menschlichen Erkenntnis und Einflussnahme. Jaspers nennt in erster Linie: dass der Mensch dem Zufall unterworfen ist, dass er sterben muss, dass er nicht ohne Leid leben kann, dass er unvermeidlich Schuld auf sich lädt und dass er nur durch Kampf leben kann. Yalom (2000) nennt neben Tod auch Freiheit, Isolation und Sinnlosigkeit. Da der Mensch den Grenzsituationen nicht entkommen kann, ist es entscheidend, wie er mit ihnen umgeht. In der authentischen Auseinandersetzung mit den Grenzsituationen liegt die Chance, dass dem Menschen bewusst wird, was für ihn wesentlich ist.

### 2.2.4. Charakteristika Existenzieller Psychotherapie

Die oben beschriebenen Aspekte führen zu einer bestimmten therapeutischen Haltung, die als das definierende Charakteristikum der EP angesehen werden kann. Dies betrifft einerseits die Haltung des Therapeuten gegenüber der Person des Patienten. Andererseits die Sensibilität und Haltung gegenüber bestimmten Themen. “As I use the term, ‘existential’ refers to an attitude toward human beings and a set of presuppositions about these human beings.” (May, 1979, S. 111)

Die EP betont die Selbstbestimmtheit des Patienten, seine Verantwortungsfähigkeit sowie seine Sinnbezogenheit, und ein Hauptziel besteht darin, diese zu fördern. Ein zentrales Anliegen der EP ist daher, dem Patienten bei der Klärung seiner Sinn- und Wertbezüge sowie bei deren Verwirklichung zu unterstützen. Der Therapeut versucht dabei mehr „menschlich“ als „fachlich“ präsent zu sein und dadurch auch weniger direktiv sowie weniger an Techniken und Zielen orientiert. Die therapeutische Beziehung soll dabei, wie aus

der humanistischen Psychologie bekannt, von Wertschätzung, Empathie und Authentizität geprägt sein.

Nach Yalom (2000) geht man in einem existenziellen Bezugsrahmen von der Annahme aus, dass die Patienten als Ergebnis einer Konfrontation mit den „Gegebenheiten“ der Existenz am Leben verzweifeln. Durch Auseinandersetzung mit erlebtem Leid kann jedoch auch eine Sensibilisierung für Sinnmöglichkeiten stattfinden (vgl. beispielsweise Linley & Joseph, 2004; Maercker & Zöllner, 2004; Tedeschi & Calhoun, 2004), verbunden mit der Erkenntnis, dass deren Verwirklichung dringlich ist. Die leidvollen Momente, die den Menschen aus seiner fraglosen Geborgenheit auf sich selbst zurückwerfen, wodurch die Fragen nach sich selbst und dem Wesentlichen dringend werden, wurden als „existenzielle Konfrontationen“ definiert (Maercker, 1995). Die EP fokussiert daher auf den Menschen im Spannungsfeld zwischen seiner „möglichen Existenz“ und den „Grenzsituationen“. Die negativen Phänomene des Seins können zwar nicht beseitigt, aber transformiert werden: „das Leid in Leistung – die Schuld in Wandlung – den Tod in einen Ansporn zu verantwortlichem Tun“ (Frankl, 2005, S. 51). „Es ist also ein Perspektivenwechsel gefordert, der es ermöglicht, das Aushalten des unabwendbaren Leids als persönlichen Triumph zu betrachten, erlebte und gefühlte Schuld per Reifung zur Weiterentwicklung zu nutzen und den Tod, der unsere Lebenszeit und damit auch unsere Gestaltungsmöglichkeiten begrenzt, als Motiv für Verantwortlichkeit im Leben zu sehen“ (Noyon & Heidenreich, 2007, S. 125). Dies ist auch kennzeichnend für den von Frankl (2002) sogenannten „tragischen Optimismus“: Das Leben ist tragisch, aber der Mensch kann die Bereitschaft und den Optimismus aufbringen, das Leben trotzdem zu bejahen und ihm einen Sinn abzurufen. Zuletzt durch die Art und Weise wie sich ein Mensch zu einem unabänderlichen Leid oder Schicksal einstellt.

Die EP verfügt einerseits über ein sehr differenziertes Menschenbild und eine gute theoretische Fundierung, andererseits muss jedoch betont werden, dass der EP eine empirische Fundierung weitgehend fehlt. Existential Therapy “is indeed one of the most under-researched approaches in counseling and psychotherapy” (Corbett & Milton, 2011, S. 69). EP erfährt zwar wissenschaftliche Unterstützung durch qualitative Forschungsarbeiten

sowie Fallstudien, generell fehlt es jedoch an quantitativer, empirischer Forschung (Walsh & McElwain, 2002).

### **2.3. Integration einer existenziellen Perspektive**

Im Folgenden sollen die Verknüpfungen zwischen den vorhergehenden Abschnitten hergestellt werden, ohne auf die einzelnen Punkte noch einmal vertieft einzugehen.

Die CBT kann im wesentlichen als kontroll- und problemorientiert beschrieben werden. Die therapeutischen Strategien der CBT sind in ihrer Bedeutung insbesondere vor dem Hintergrund zu sehen, dass (1) die Chronifizierung von Schmerz mit impliziten Lernprozessen verbunden ist, die durch verhaltensbasierte und kognitive Methoden sowie sensorisches Feedback beeinflussbar sind (Apkarian et al., 2009; Flor & Hermann, 2006), und dass (2) ein sensorisches, affektives und kognitives Subsystems der Schmerzverarbeitung unterschieden werden kann, so dass Schmerzerfahrungen durch affektive und kognitive Faktoren abgeschwächt oder verstärkt werden können. Häufig ist jedoch eine zufriedenstellende Schmerzreduktion nicht möglich und die Patienten sehen sich gezwungen, sich mit einer nicht unerheblichen schmerzbedingten Lebensbeeinträchtigung zu arrangieren.

Aufgrund des beträchtlichen Leids, das mit chronischem Schmerz verbunden ist, kann dieser als „existenzielle Konfrontation“ angesehen werden. Die Betroffenen erfahren die Zufälligkeit und Willkürlichkeit des Lebens. Sie erleben sich im medizinischen Prozess der Diagnosestellung und der Behandlungsversuche häufig hilflos ausgeliefert. Durch wiederholte Enttäuschungen kommt es einerseits zu Zweifeln und Unsicherheit hinsichtlich des medizinischen Systems und der weiteren gesundheitlichen Entwicklung. Andererseits machen die Betroffenen auch Erfahrungen von Unverständnis und impliziter Abwertung, indem ihre Beschwerden, Motive und Bewältigungsversuche aufgrund der mangelhaften somatischen Befunde in Zweifel gezogen werden. Menschen mit chronischen Schmerzen erleiden erhebliche Verluste und Beeinträchtigungen in allen Lebensbereichen: Einschränkungen in den Aktivitäten (z. B. körperlich, beruflich, sozial, kulturell), des Be-

findens (z. B. Schmerz als unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, Ängste, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Einsamkeit, Sinnlosigkeit), der sozialen Funktionen (z. B. in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Arbeit, Vereine), der wirtschaftlichen Absicherung (z. B. Einschränkungen am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust, finanzielle Verluste), des Selbstverständnisses (z. B. Veränderungen im Selbstbild, Selbstwertverlust, Verlust von Selbstvertrauen) oder der Zukunftsperspektiven (z. B. Unsicherheit bzgl. der Krankheitsentwicklung, Verwirklichbarkeit von Lebenszielen). Chronischer Schmerz “impacts upon the person’s sense of who they are and, perhaps more importantly, whom they might become by distorting their vision of their future and reshaping their view of the past” (Morley, 2011, S. 1100). Diese Thematik entzieht sich jedoch einem problemorientierten Ansatz (Noyon & Heidenreich, 2007; Ottens & Hanna, 1998).

Die Therapie sollte einen möglichst günstigen Rahmen bereitstellen, in dem die Patienten ihr Selbstvertrauen, ihre Selbstbestimmung und ihr Selbstwertgefühl wiedergewinnen können. Durch ihre humanistisch-existenzielle Haltung kann die EP hierfür günstige Voraussetzungen schaffen. Auch wäre ein grundlegender Perspektivenwechsel hilfreich um chronische Schmerzen als einen leidvollen Bestandteil des eigenen Lebens akzeptieren und integrieren zu können. Denn in einer Kultur, die zu der Grundannahme neigt, dass die Geschehnisse in der Welt erklärbar und kontrollierbar sind (Lerner & Miller, 1978), fällt es Menschen mit chronischen Schmerzen schwer, sich mit dieser leidvollen Situation abzufinden, insbesondere wenn es keine nachvollziehbaren Erklärungen dafür gibt. Die EP sieht Leid dagegen als fundamentalen und unausweichlichen Bestandteil menschlichen Lebens. Es geht letztlich darum die tragischen Aspekte des menschlichen Lebens zu akzeptieren und zu transzendieren. Zentrales Ziel ist die Verwirklichung möglicher Existenz, also eines sinnvollen Lebens, trotz und mit anhaltender Schmerzen. Hierfür ist die Klärung und Verwirklichung von Werten von besonderer Bedeutung.

Sowohl Akzeptanz als auch Werte haben sich in der aktuellen Forschung als wichtige Aspekte bei der Bewältigung von Schmerzen herausgestellt (McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Yang, 2006). Dabei wird der Begriff „Akzeptanz“ in diesen Studien zumeist im Sinn einer reinen „Schmerzakzeptanz“ verstanden. So definieren McCracken und Ec-

cleston (2003, S. 198) Akzeptanz als: "living with pain without reaction, disapproval, or attempts to reduce or avoid it". In der EP bezieht sich Akzeptanz jedoch umfassend auf das Leidvolle des menschlichen Lebens an sich und ermuntert zu der Haltung eines tragischen Optimismus. Nur eine einzige Studie hat bisher den Einfluss einer umfassenderen Akzeptanz, die sich neben dem Schmerz auch auf andere unwillkommene emotionale Erfahrungen und belastende Gedanken bezieht, untersucht und festgestellt, dass diese umfassendere Akzeptanz unabhängig von Schmerzakzeptanz und Achtsamkeit einen eigenen Beitrag bzgl. schmerzbedingter Behinderung leistet (McCracken & Zhao-O'Brien, 2010).

Die aktuelle Forschung beschränkt sich bisher entweder auf die Evaluation von assimilativ-fokussierten CBT-Behandlungsprogrammen oder von akkommodativ-fokussierten Behandlungsprogrammen. Die Evaluation eines kombinierten Behandlungsansatzes blieb bisher aus. Schon Frankl (1979) meinte, dass sich seine „Logotherapie und Existenzanalyse“ gut mit der Verhaltenstherapie verbinden lässt. Historisch gesehen gibt es auch einen erheblichen Einfluss existenzieller Ideen auf die Entwicklung der CBT (Ottens & Hanna, 1998). Beispielsweise wurde Aaron T. Beck stark von existenziellen und phänomenologischen Ideen beeinflusst (Edwards, 1990). Die Integration einer existenziellen Perspektive in die kognitiv-behaviorale Therapie bei chronischen Schmerzen scheint sich vor diesem Hintergrund anzubieten.

In dieser Doktorarbeit soll daher ein kombinierter Behandlungsansatz evaluiert werden. Dazu wird ein bestehendes kontroll-orientiertes Schmerzbewältigungsprogramm (Basler & Kröner-Herwig, 1998) um existenzielle Aspekte ergänzt. Die beiden Behandlungsprogramme unterscheiden sich nicht im Umfang oder der Anzahl der Gruppensitzungen, sondern lediglich im Inhalt von zwei Sitzungen, so dass anstatt der Themenblöcke „Aufmerksamkeitslenkung und Genussförderung“ sowie „Operante Aspekte des Schmerzes“ die Themen „Akzeptanz leidvoller Erfahrungen“ sowie „Sinnfindung im Leben“ behandelt werden (zur genaueren Darstellung siehe den Anhang). Als zentrale Outcome-Variablen wurden die schmerzbedingte Behinderung (Tait, Chibnall & Krause, 1990) sowie die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Siegrist, Broer & Junge, 1996) zu vier Messzeitpunkten erhoben (Prä, Post, 3-Monate und 6-Monate follow-up). Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

- 
- H1: Das EBP sollte einen signifikant höheren Therapieerfolg als das CBP auf den primären Outcome-Variablen aufweisen.
- H2: Das EBP sollte zudem die stabileren Effekte nach sich ziehen, gemessen durch die 3-Monate und 6-Monate Nacherhebung.

Mit dieser Forschungsfrage, dem Studiendesign und den primären Outcome-Variablen wird diese Arbeit den Forderungen von Skinner, Wilson und Turk (2012) weitgehend gerecht, die schreiben: "Research is needed to demonstrate the comparative efficacy of CBT compared to alternatives, as well as combined efficacy of CBT with alternatives, comparison of CBT techniques either against each other or combined, and on outcomes that are important – symptomatic improvement, improvements in physical and emotional functioning, and health-related quality of life" (S. 108).

### **3. Zusammenfassung der Studienarbeiten**

Der erste Artikel setzt sich mit aktuellen psychologischen Therapieansätzen bei chronischen Schmerzen sowie dem potenziellen Nutzen einer existenziellen Perspektive auseinander, insbesondere in Hinsicht auf das Therapieziel Lebensqualität. Der zweite Artikel überprüft empirisch das Einbeziehen einer existenziellen Perspektive in ein kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm in Prä-Post-Vergleichen hinsichtlich schmerzbedingter Behinderung und gesundheitsbezogener Lebensqualität. Der dritte und letzte Artikel untersucht die längerfristigen Effekte über drei und sechs Monate hinsichtlich schmerzbedingter Behinderung. Diese Doktorarbeit kommt zu dem Schluss, dass (1) das Einbeziehen existenzieller Aspekte in den kognitiv-behavioralen Ansatz in der Behandlung chronischer Krankheiten von bedeutsamen Nutzen sein kann, und (2) dass es weiterer Differenzierung hinsichtlich der Behandlung von bestimmten Patienten (z. B. Patienten mit formal hohem vs. niedrigem Ausbildungsgrad) bedarf. Die folgenden Abschnitte fassen jeden der drei Artikel kurz zusammen.

#### **3.1. Artikel 1**

Der erste Artikel befasst sich mit dem theoretischen Hintergrund, auf dessen Basis für die Integration einer existenziellen Perspektive in die kognitiv-behaviorale Therapie chronischer Schmerzen argumentiert wird. Im Fokus des Artikels stehen: (1) Die Vielfalt chro-

nischer Schmerzen sowie die verschiedenen Aspekte, die bei der Chronifizierung von Schmerzen relevant sind. Dabei wird insbesondere auf die Problematik eingegangen, dass bei den Erklärungsmodellen von chronischen Schmerzen häufig Therapeuten- und Systemfaktoren vernachlässigt werden, während die Patienten mit dichotomen und monokausalen Typisierungen konfrontiert sind, die Abwertungen implizieren. (2) Die kognitiv-behaviorale Therapie bei chronischen Schmerzen, die innerhalb eines multimodalen und interdisziplinären therapeutischen Vorgehens als der etablierte und nachgewiesene wirksamste psychologische Ansatz gelten kann. Nach einer kurzen Darstellung wesentlicher Aspekte dieses Ansatzes wird auf das von der CBT betonte Therapieziel Lebensqualität eingegangen. Dabei wird das auf Schmerzbewältigung und Schmerzkontrolle fokussierte Vorgehen der CBT als unzureichend kritisiert. Potenzielle negative Implikationen dieses Vorgehens und vernachlässigte Themen werden kritisch dargestellt. (3) Die wesentlichen Charakteristika der Existenziellen Psychotherapie (EP) werden besprochen sowie deren Relevanz für die Schmerztherapie herausgearbeitet. Dabei werden insbesondere folgende Aspekte der EP herausgestellt: (a) die therapeutische Grundhaltung, die von unbedingter Wertschätzung, Empathie und Authentizität geprägt sein soll und die Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung des Patienten betont; (b) chronischer Schmerz als „existenzielle Konfrontation“, so dass die Fragen nach sich selbst und dem Wesentlichen im Leben dringend werden; (c) eine besondere Beachtung von individuellen Werten und Sinnerfahrungen; (d) ein Perspektivenwechsel zu einem „tragischen Optimismus“, der die Tragik des Lebens anerkennt und gleichzeitig das Leben bejaht sowie ihm einen Sinn abzurufen versucht. (4) Ähnlichkeiten und Unterschiede zwischen der EP und der CBT werden diskutiert. Dabei wird insbesondere auf die Übereinstimmungen zwischen der EP und der Acceptance and Commitment Therapy (ACT) eingegangen und deren wichtigste Unterschiede herausgestellt. Der erste Artikel kommt zu dem Schluss, dass sich EP und CBT gut verbinden lassen und durch ihre unterschiedlichen Schwerpunkte ergänzen können.



## 3.2. Artikel 2

Der zweite Artikel berichtet von den Prä-Post-Vergleichen der empirischen Studie über die Integration einer existenziellen Perspektive in ein kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm. In dieser Studie wurde das „Marburger Schmerzbewältigungsprogramm bei Kopf- und Rückenschmerzen“ (Basler & Kröner-Herwig, 1998) um eine existenzielle Perspektive ergänzt, indem folgende zwei Gruppensitzungen ausgetauscht wurden: (1) Das Thema „Aufmerksamkeitslenkung/Ablenkung und Genuss“ wurde durch „Akzeptanz von Verlust und Leid“ ersetzt; (2) das Thema „Operante Aspekte des Schmerzes“ durch „Der persönliche Sinn im Leben“. Darüber hinaus wurde über alle Sitzungen hinweg auf eine existenzielle Therapeutenhaltung Wert gelegt. Folgende Haupthypothesen wurden aufgestellt: (a) Sowohl das reine CBT Behandlungsprogramm (CBP) als auch das existenziell-integrative Behandlungsprogramm (EBP) sollte zu signifikanten Verbesserungen hinsichtlich schmerzbedingter Behinderung und gesundheitsbezogener Lebensqualität bei großen Effektstärken führen. (b) Das EBP sollte zu höheren Therapieerfolgen führen als das CBP; aufgrund der geringen Interventionsunterschiede der beiden Treatments waren jedoch nur kleine Effektstärken zu erwarten. Darüber hinaus wurden folgende Nebenhypothesen formuliert: (c) Es interessiert, ob beide Behandlungsgruppen differenzierte Ergebnismuster für unterschiedliche Ausbildungsgrade aufweisen. (d) Aufgrund der humanistischen Orientierung werden bei dem existenziellen Behandlungsprogramm höhere globale Zufriedenheitsschätzungen mit dem Klinikaufenthalt erwartet.

Zur Beantwortung der Fragestellungen wurde eine nicht-randomisierte (quasi-experimentell) Kontrollgruppenstudie mit zwei aktiven Behandlungsgruppen an einem interdisziplinären Schmerzzentrum in Deutschland durchgeführt. Die Stichprobe (N = 149) bestand aus konsekutiv zur Behandlung in der Klinik aufgenommenen Patienten. Die Stichprobe war repräsentativ für hochchronifizierte Patienten in einer Spezialeinrichtung und weitgehend unselektiert, abgesehen von dem Ausschlusskriterium einer nicht-deutschen Muttersprache. Das Studiendesign beinhaltete einen Faktor zwischen den Gruppen (existenziell-integratives Gruppenprogramm vs. rein kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm) sowie einen Faktor innerhalb der Gruppen (Prä-Treatment vs. Post-Treatment). Die Auswertung erfolgte mit einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Implementierung einer existenziellen Intervention in ein bestehendes kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm einen bedeutsamen zusätzlichen Effekt haben kann. Der erwartete signifikant höhere Therapieerfolg des EBP zeigte sich jedoch nur hinsichtlich der schmerzbedingten Behinderung. Darüber hinaus zeigte sich ein spezifischer Effekt hinsichtlich des formalen Ausbildungsniveaus, nach dem insbesondere die Patienten mit formal niedrigerer Ausbildung von den existenziellen Interventionen profitieren. Außerdem waren die Patienten des EBP signifikant zufriedener mit dem Klinikaufenthalt.

### 3.3. Artikel 3

Der dritte Artikel berichtete die Ergebnisse der empirischen Studie über die Integration einer existenziellen Perspektive in ein kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm im längerfristigen Verlauf einer 3-Monate und 6-Monate follow-up Erhebung. Dabei beschränkten sich die berichteten Ergebnisse auf das primäre Erhebungsmaß der schmerzbedingte Behinderung. Es wurde die Hypothese überprüft, dass der signifikant höhere Therapieerfolg, gemessen in der Abnahme der schmerzbedingten Behinderung, des existenziell-integrativen Behandlungsprogramms (EBP) gegenüber dem reinen CBT Behandlungsprogramms (CBP) über die Zeit anhält. Weiter wurde die Nebenhypothese getestet, dass Patienten, die sich selbst als religiös oder spirituell ansehen, von dem EBP signifikant mehr profitieren.

Die Stichprobe über alle vier Erhebungszeitpunkte umfasste  $N = 113$ . Das Studiendesign beinhaltete wiederum einen Faktor zwischen den Gruppen (existenziell-integratives Gruppenprogramm vs. rein kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm) sowie einen Faktor innerhalb der Gruppen (Prä-Treatment vs. Post-Treatment, 3-Monate und 6-Monate follow-up). Die Auswertung erfolgte über Varianzanalysen mit Messwiederholung, gefolgt von einfachen Kontrasten mit Prä-Treatment als Referenzpunkt.

---

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass im Vergleich zu dem CBP das EBP auch über den längerfristigen Verlauf von sechs Monaten zu einer signifikant niedrigeren schmerzbedingten Behinderung führt und somit stabilere Effekte aufweist. Dieser Effekt konnte auch nicht auf die Abnahme der Schmerzintensität zurückgeführt werden. Darüber hinaus fanden sich differenzielle Effekte für die Patienten, die sich selbst als religiös oder spirituell ansehen. Diese scheinen nach den Ergebnissen dieser Studie von dem CBP nicht zu profitieren. In dem EBP erreichen sie jedoch einen signifikanten Therapieerfolg. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Integration einer existenziellen Perspektive insbesondere für bestimmte Gruppen von Menschen mit chronischen Schmerzen von großer Bedeutung ist.

## 4. Diskussion

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war es, (1) einen theoretischen Rahmen zu geben, auf dessen Basis der potenzielle Nutzen einer existenziellen Perspektive in der Therapie chronischer Schmerzen nachvollziehbar wird, (2) die Integration einer existenziellen Perspektive in die CBT bei chronischen Schmerzen empirisch zu überprüfen. Methodische Zielsetzung war der empirische Vergleich eines bestehenden CBT-Schmerzbewältigungsprogramms mit demselben Programm, in das existenzielle Aspekte integriert wurden. Die primären Erhebungsmaße waren die subjektiv erlebte schmerzbedingte Behinderung (Tait et al., 1990) und die gesundheitsbezogene Lebensqualität (Siegrist et al., 1996), die bei Behandlungsbeginn, bei Behandlungsende sowie nach drei und sechs Monaten nach Behandlungsende mit Hilfe eines Fragebogens erhoben wurden. Die zentrale Forschungshypothese bestand darin, dass die Integration einer existenziellen Perspektive zu signifikant höheren Therapieerfolgen auf beiden Haupterhebungsmaßen führen sollte und dass diese Effekte über die Zeit stabiler sind. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfung im Kontext des Forschungsfeldes diskutiert.

Die zentrale Forschungshypothese konnte global nicht bestätigt werden. Hypothesenkonform war die Abnahme der schmerzbedingten Behinderung bei dem existenziell-integrativen Behandlungsprogramm (EBP) signifikant größer als bei dem CBT Behandlungsprogramm (CBP). Dieser Effekt bleibt über die Nacherhebungszeitpunkte auch stabil. Im Einzelnen betrachtet waren die Effektstärken bzgl. der schmerzbedingten Behinderung des EBP bei Behandlungsende sowie nach drei Monaten mittelgroß, und nach sechs Mo-

naten zeigte sich immer noch ein kleiner Effekt. Dagegen waren die Effektstärken des CBP bei Behandlungsende nur klein und für beide follow-up Erhebungen waren keine Effekte vorhanden. Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte der postulierte höhere Therapieerfolg der EBP dagegen nur tendenziell nachgewiesen werden, da nur eine der sechs Skalen den erwarteten signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen zeigte. Siegrist, Broer und Junge (1996) empfehlen jedoch erst dann von bedeutsamen Verbesserungen in der Lebensqualität auszugehen, wenn sich auf mindestens zwei Skalen signifikante Verbesserungen ergeben. Auf zwei weiteren Skalen ist zwar ein hypothesenkonformer Trend zu erkennen, der jedoch jeweils nicht signifikant wird. Die restlichen drei Skalen zeigen keine Interaktionseffekte, so dass angenommen werden kann, dass es auf diesen Skalen keine Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen gibt.

Theoretisch wäre zu erwarten, dass mit einer Reduktion der schmerzbedingten Behinderung im gleichen Maße die gesundheitsbezogene Lebensqualität steigen sollte. Auch sollten sich die positiven Effekte des EBP insbesondere in Bezug auf die Lebensqualität zeigen, da das EBP ja in erster Linie die Aspekte Wertorientierung und einen Perspektivenwechsel hin zu einem tragischen Optimismus einbezieht. Diese Annahme wird weiter gestützt, wenn die subjektive Einschätzung der Lebensqualität nach Filipp und Ferring (1992) als Quotient eines Ist-Soll-Vergleichs aufgefasst wird. Demnach kann ein Mensch seine subjektive Lebensqualität aufrechterhalten indem er entweder (1): den Zähler erhöht, also das „Was ist“ tatsächlich verbessert, oder (2): den Nenner verkleinert, indem bei dem „Was sein soll“ Abstriche gemacht werden, beispielsweise durch die Reduktion der Erwartungen. Dies erinnert stark an die bewältigungstheoretische Konzeption von (Brandtstädter, 2007), indem assimilatives Coping auf die Erhöhung des Zählers abzielt und akkommodatives Coping mit der Reduktion des Nenners verbunden ist (bzw. bei einem Wechsel des Bewertungsmaßstabes auch mit einer Erhöhung des Zählers). Umso mehr sollte das EBP, das neben den assimilativen auch vermehrt akkommodative Aspekte einbezieht, zu einer höheren subjektiven Einschätzung der Lebensqualität führen. Es bleibt im Rahmen dieser Arbeit offen, weshalb der hypothetisierte Effekt nicht nachgewiesen werden konnte, sondern sich lediglich eine gewisse Tendenz in die erwartete Richtung abzeichnete. Hier

wird u. a. die Frage nach der Validität des Messinstruments hinsichtlich des sehr komplexen und vagen Konstrukts „Lebensqualität“ relevant. Schon Filipp und Ferring (1992, S. 92) haben die These aufgestellt, dass Lebensqualität ein inhaltsleerer Begriff ist, „dass sich Lebensqualität im herkömmlichen Sinne einer definitorischen Präzisierung entzieht.“ Lebensqualität sei analog zu Glück *relativ*, weshalb schwerlich eine überindividuell verbindliche Definition zu finden sei. Mit diesem Definitionsproblem gehen Schwierigkeiten bei der validen Messung einher, was vielen komplexen psychologischen Konstrukten gemein sein dürfte. Beispielsweise zeigt die Forschung zum Konstrukt der Weisheit, dass alle Versuche, dieses Konstrukt empirisch zu messen (direkt, indirekt oder mit aufgabenbezogenen Selbstaussagen) zu keinem Ergebnis gekommen sind (vgl. Maercker & Zöllner, 2004). Dennoch ist die Förderung von Lebensqualität eines der wichtigsten Therapieziele, weshalb sie zu den primären empirischen Erhebungsmaßen zählen sollte. Um die in dieser Arbeit vertretene Forschungshypothese daher fundierter beantworten zu können, wäre eine differenziertere Erfassung dieses Konstrukts mit mehreren Messinstrumenten unerlässlich. Insbesondere dürften Messinstrumente von Bedeutung sein, die Lebensqualität weniger in Hinsicht auf gesundheitsbezogene Maße, wie positive Emotionen oder körperliche Leistungsfähigkeit, sondern einstellungsorientiert konzeptualisieren.

Um die Interpretation hinsichtlich der schmerzbedingten Behinderung auf eine solidere Basis zu stellen wurde die Abnahme der Schmerzintensität kontrolliert. Die Ergebnisse zeigen ebenfalls eine signifikante Abnahme der Schmerzintensität über alle Erhebungszeitpunkte. Es stellt sich daher die Frage, ob die gruppenspezifische Abnahme der schmerzbedingten Behinderung in erster Linie auf die Abnahme der Schmerzintensität zurückzuführen ist. Die Analysen zeigen jedoch keine Interaktionseffekte hinsichtlich der Schmerzintensität, so dass hier – im Gegensatz zur schmerzbedingten Behinderung – keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen bestehen. Ebenso gibt es Unterschiede in der zeitlichen Stabilität der Effekte: während die Effekte für die schmerzbedingte Behinderung über die Zeit zurückgehen, bleiben die Effekte der Schmerzintensität weitgehend erhalten. Es kann daher argumentiert werden, dass die hypothesenkonformen Unterschiede zwischen den Behandlungsgruppen hinsichtlich der schmerzbedingten

Behinderung sich nicht auf eine unterschiedliche Reduktion der Schmerzintensität zurückführen lassen.

Neben der Überprüfung der Haupthypothesen wurden zusätzlich Analysen nach Untergruppen berechnet. Kuhnt, Haase, Babel und Klimczyk (2010) berichteten, dass Patienten mit formal niedrigerer Schulbildung wiederholt einen signifikant niedrigeren Therapieerfolg durch multimodale Schmerztherapie zeigten als Patienten mit formal höherer Schulbildung. Dieses Ergebnismuster wiederholte sich erwartungsgemäß für das CBP, nicht jedoch für das EBP. In letzterem zeigten die Patienten mit formal niedrigerer Schulbildung mindestens vergleichbare Therapieerfolge wie die Patienten mit formal höherer Schulbildung. Sollte sich dieses Ergebnis in unabhängigen Studien bestätigen, würde dies einen bedeutsamen therapeutischen Fortschritt bedeuten. Hier wäre von weiterführendem Interesse, wie es zu diesen unterschiedlichen Ergebnissen kommt, d.h. weshalb die Patienten mit formal niedrigem Ausbildungsniveau von einem reinen CBP nur wenig, von einem EBP aber gut profitieren können. Eine mögliche Erklärung wäre, dass Patienten mit höherem Ausbildungsniveau im Laufe ihres Bildungsprozesses automatisch mehr mit existenziellem oder verwandtem Gedankengut in Berührung kommen und im Laufe ihrer chronischen Erkrankung vermehrt auf diese Ressource zurückgreifen können. Patienten mit niedrigem Ausbildungsniveau dagegen liegt dieses Gedankengut im Alltag möglicherweise ferner und sie benötigen daher explizit existenzielle Gedankenimpulse, um den akkommodativen Bewältigungsmodus anzustoßen. So sind nach Nilges und Schmidt (2010) bei Patienten mit schwächerem Bildungshintergrund solche Einstellungen und Erwartungen deutlicher ausgeprägt, die am ehesten einem (kontroll-orientierten) biomedizinischen Bild entsprechen.

Da sowohl Existenz als auch Religiosität/Spiritualität wesentlich auf Transzendenz und Werte bezogen sind, war die Frage von Interesse, ob es Hinweise auf differenzielle Effekte für die Patientengruppen religiös vs. nicht-religiös gibt. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass es erhebliche differenzielle Therapieeffekte zwischen religiösen und nichtreligiösen Menschen geben könnte. Patienten, die sich selbst nicht als religiös/spirituell ansehen, erzielten zum Behandlungsende sowohl in der CBP als auch in der EBP

eine bedeutsame Reduzierung der schmerzbedingten Behinderung, auch wenn dieser Effekt in der Gruppe der CBP – entsprechend den hypothesenkonformen Hauptergebnissen – über die Zeit wieder remittieren. Dagegen konnten die Patienten, die sich selbst als religiös/spirituell ansehen, von dem CBP keinen bedeutsamen Therapieerfolg erreichen. Diese Patienten zeigten jedoch einen signifikanten Therapieerfolg, wenn sie in dem EBP waren. Dies könnte darauf hindeuten, dass es für religiöse/spirituelle Menschen von besonderer Bedeutung ist, dass sie in der Therapie Gelegenheit bekommen, ihre chronischen Schmerzen und die mit ihnen verbundenen negativen Konsequenzen im Hinblick auf Sinnhaftigkeit und Transzendenz zu bedenken und zu interpretieren. Empirische Unterstützung bekommt diese Überlegung von Raspe (1990) der berichtet, dass von den Patienten mit chronischer Arthritis mindestens ein Drittel ihre Krankheit in religiösen Begriffen bedenken. Auch dies dürfte daher in der weiteren Forschung ein wichtiges Thema sein, wenn es um die Frage geht, wie einzelne Patientengruppen besser von Therapieangeboten profitieren können.

Zu den untergruppenspezifischen Effekten ist anzumerken, dass die gebildeten Untergruppen nach „Ausbildungsgrad“ und „Religiosität“ daraufhin kontrolliert wurden, ob sich zufällig dieselben Patienten in den gebildeten Untergruppen befanden. Es ergab sich lediglich eine Übereinstimmung von ca. 50%, so dass davon ausgegangen werden kann, dass die spezifischen Effekte nicht von denselben Patientenkollektiven verursacht wurden.

Die berichteten Effekte sind insgesamt vor dem Hintergrund zu bedenken, dass es zwischen den beiden Behandlungsgruppen nur minimale Unterschiede gab, was die Bedeutung der gefundenen Effekte unterstreicht. Dies wird insbesondere deutlich, wenn die Intervention in dem umfassenden Kontext des interdisziplinären Behandlungsprogramms gesehen wird. Zusätzlich muss angemerkt werden, dass fünf der sechs beteiligten Psychologen über keinerlei Vorerfahrung mit existenzieller Therapie verfügten und diese die Interventionen allein auf der Basis einer theoretischen Einführung und des speziell erstellten Manuals (siehe Anhang) durchgeführt haben. Das Potenzial existenzieller Therapie ist vor diesem Hintergrund sicherlich nicht voll ausgeschöpft worden.



---

Insgesamt können die Ergebnisse dahin interpretiert werden, dass die Integration einer existenziellen Perspektive in ein bestehendes CBT-Schmerzbewältigungsprogramm zu einer signifikant niedrigeren schmerzbedingten Behinderung führt. Hinsichtlich der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte der erwartete Effekt nicht bestätigt werden, obwohl ein Trend in die erwartete Richtung erkennbar ist. Die Ergebnisse unterstützen die theoretische Annahme, dass in der Behandlung chronischer Schmerzen eine Kombination aus assimilativen und akkommodativen Bewältigungsstrategien wirksamer ist als ein hauptsächlich auf assimilative Strategien fokussiertes Gruppenprogramm.

## 5. Einschränkungen

Obwohl diese Arbeit ihre grundlegenden Ziele erreicht hat, gibt es einige wesentliche Einschränkungen der Aussagekraft die es zu beachten gilt. Diese sollen im Folgenden kurz aufgegriffen und diskutiert werden.

Die Stichprobe war selektiv insofern, dass fast ausschließlich hochchronifizierte Patienten an der Studie teilgenommen haben. Der Großteil der Patienten litt seit Jahren unter anhaltenden Schmerzen und hatte mehrere erfolglose Behandlungsversuche hinter sich bevor sie an das spezialisierte, interdisziplinäre Schmerzzentrum der Fachklinik Enzensberg überwiesen wurden. Dies schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Patientengruppen stark ein, insbesondere in Bezug auf Patienten mit niedrigen Chronifizierungsgraden. Andererseits soll hier jedoch auch betont werden, dass das Patientenkollektiv in dieser Studie weitgehend unselektiert (abgesehen von der Muttersprache) und repräsentativ für den klinischen Alltag dieser Schmerzlinik war.

Ebenso wurde diese Studie unter sehr spezifischen Bedingungen durchgeführt. Sie fand im Rahmen des stationären Behandlungsprogramms der Klinik statt, das intensive und interdisziplinäre Therapiemaßnahmen umfasste. Auch dieser Punkt schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse auf andere Behandlungssettings stark ein. Zusätzlich wird dadurch die Interpretation der spezifischen Gruppeneffekte erschwert, da sehr vielfältige und unterschiedliche therapeutische Einflüsse auf die Patienten wirkten.

Eine weitere erhebliche Einschränkung der Aussagekraft dieser Studienergebnisse ist in der fehlenden Randomisierung der Stichprobe zu sehen. Es ist dadurch nicht auszuschlie-

ßen, dass die gefundenen Effekte auf unidentifizierbare Randfaktoren zurückzuführen sind. Von einer Randomisierung wurde jedoch aufgrund theoretischer Überlegungen abgesehen, da die Behandlung stationär und die Patienten in Doppelzimmern untergebracht waren. Bei einer gleichzeitigen Realisation der beiden Behandlungsgruppen wäre es daher zu einem unerwünschten Austausch gekommen. Um das zu verhindern, hätte man zwei äquivalente Orte mit Kommunikationsunterdrückung finden müssen, was jedoch nicht möglich war. Eine Isolierung der Teilnehmer wiederum hätte die ökologische Validität und damit die Generalisierbarkeit gefährdet.

Die Aussagekraft der Studie wird weiter durch eine erfolgte Alphafehlerkummulierung eingeschränkt. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Stichprobe nicht groß genug war, um auch bei einer Alphafehleradjustierung noch eine ausreichende Teststärke für einen kleinen Effekt zu gewährleisten. Eine Alphafehlerkontrolle hätte daher zu einem übergroßen Betafehler und damit zu einer ungenügenden Teststärke geführt, die nicht vertretbar gewesen wären.

Kritisch anzuführen ist ferner, dass die psychometrischen Messungen ausschließlich auf Selbstbeurteilungsinstrumenten basieren. Selbstauskünfte sind jedoch nur eingeschränkt valide und der Zusammenhang zwischen Selbstauskünften und objektiven Verhaltensdaten fällt oft nur moderat aus. Das zusätzliche Erheben von objektiven Verhaltensdaten, wie Absentismus vom Arbeitsplatz oder Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen, sowie das Einbeziehen von Fremdauskünften wäre ratsam. Dies war jedoch in dem eingeschränkten Rahmen dieser Studie nicht möglich. Kritisch ist weiter anzumerken, dass die Hauptehebungsmaße jeweils nur auf einem einzigen Messinstrument basieren. Diese können jedoch gute psychometrische Eigenschaften nachweisen und insbesondere der Pain Disability Index (PDI; Tait et al., 1990) ist in der Schmerzforschung weit verbreitet. Schließlich ist zu diesem Punkt anzuführen, dass insbesondere die Erhebung des Konzepts „Religiosität/Spiritualität“ mit nur einer einzigen Frage als sehr eingeschränkt valide zu betrachten ist. Zur validen Messung sollten ausschließlich spezifische Messinstrumente aus diesem Forschungsbereich verwendet werden. Aufgrund der bereits hohen Belastung der Patienten durch die vielfältigen Fragebögen der Klinik wäre ein noch größerer Um-

fang des Fragebogens jedoch nicht zumutbar gewesen, weshalb von der zusätzlichen Aufnahme eines evaluierten Messinstruments abgesehen wurde. Tatsächlich führten viele Patienten, die eine Teilnahme an der Studie ablehnten, als Begründung an, dass sie bereits zu viele Fragebögen für die Klinik ausfüllen mussten.

Schließlich ist als Einschränkung noch anzuführen, dass die beteiligten Therapeuten, die das CBP und das EBP durchgeführt haben, über den theoretischen Hintergrund und die Hypothesen der Studie informiert waren. Es ist daher nicht ausgeschlossen, dass Alliance-Effekte zu den Studienergebnissen beigetragen haben. Hierzu ist jedoch auch anzumerken, dass nur der Studienleiter eine existenzielle Grundorientierung hatte. Alle anderen Gruppenleiter waren von ihrer therapeutischen Grundausbildung kognitiv-behavioral oder tiefenpsychologisch orientiert.

## 6. Ausblick

Zu den wichtigsten Entwicklungen im Bereich der Schmerzforschung in den letzten Jahren zählen sicherlich der Erkenntniszuwachs an Chronifizierungsprozessen durch neurowissenschaftliche Forschungen (Apkarian et al., 2009) und deren therapeutische Anwendungen (Flor & Hermann, 2006), die Etablierung multimodaler Behandlungsansätze mit biopsychosozialer Perspektive (Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007) sowie der Einzug von Akzeptanz und Werten in die Therapie chronischer Schmerzen (McCracken & Eccleston, 2003). Diese Doktorarbeit versucht durch den Nachweis einer Effektivitätssteigerung durch die Integration existenzieller Aspekte einen Beitrag zur Weiterentwicklung des kognitiv-behavioralen Behandlungsansatzes bei chronischen Schmerzen zu leisten. Die Ergebnisse dieser Studie zeigen Ansatzpunkte für Weiterentwicklungen auf, auf die im Folgenden eingegangen werden soll.

### 6.1. Integration statt Separation

Dieser Doktorarbeit liegt die Prämisse zugrunde, dass die Integration einer existenziellen Perspektive in die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) sinnvoll ist und zu einer weiteren Verbesserung derselben beitragen kann. Diese Prämisse ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass Fortschritte in den psychotherapeutischen Ansätzen wichtig und notwendig sind, sich aber durch Fortschritte oft neue Strömungen bilden, die sich absondern und

dadurch die psychotherapeutische Landschaft zunehmend zergliedern, was in verschiedener Hinsicht als Problem bezeichnet werden kann (Maercker, 1999). Beispielsweise hat die „Acceptance and Commitment Therapy“ (ACT) viele Gemeinsamkeiten mit der CBT (Hofmann, 2008), wie gemeinsame Wurzeln in der Verhaltensanalyse, jedoch sieht sich ACT als von der CBT verschieden und betont die Unterschiede hinsichtlich des philosophischen Hintergrunds, der Psychopathologiemodelle und der als relevant erachteten Veränderungsprozesse (Hayes, 2008; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Die „Positive Psychologie“ (Seligman, 2002; Snyder & Lopez, 2009) versteht sich ebenfalls als Gegenbewegung zur „normalen“ Psychologie und erweitert als „Positive Psychotherapie“ (Seligman, Rashid & Parks, 2006) wiederum die Vielzahl psychotherapeutischer Ansätze, die kaum mehr überschaubar sind (Heim, 2009). Dies sind nur zwei aktuelle Beispiele für die voranschreitende Zergliederung der psychotherapeutischen Landschaft. Der Wunsch nach mehr Integration statt Separation dürfte dadurch verständlich werden. Andererseits ist Integration auch nicht unbedenklich.

Integrationsbestrebungen beinhalten die Gefahr, dass sie in einen Eklektizismus ohne übergreifende theoretische Fundierung führen. Diese Bedenken wurden beispielsweise bereits von Eysenck geäußert, der einen „mish-mash of theories“, „a huggermugger of procedures“ und „a gallimaufry of therapies“ befürchtete (siehe Krampen, 2004). Diese Tendenz und die damit verbundenen Probleme sind schon heute in der CBT zu finden und werden beispielsweise von Hayes (2008, S. 289) angeprangert: „CBT is not a specific theory, model, or even a specific set of methods, but a vast tradition or even a tribe, and tribal members are free to propose new processes and then to hope that these too are now instantly part of the dominant paradigm.“ Eine Berücksichtigung dieser Kritik sollte zu einer Selbstreflexion über die theoretische Basis der CBT führen. Dadurch sollte sich auch klären, wo Integrationsmöglichkeiten bestehen, und wo nicht.

Einige Autoren argumentieren für die Integration einer existenziellen Perspektive in die CBT (Corbett & Milton, 2011; Noyon & Heidenreich, 2007; Ottens & Hanna, 1998). Die beiden Ansätze seien gut miteinander vereinbar. Durch einen erheblichen Einfluss existenzieller Ideen auf die Entwicklung der CBT (Edwards, 1990; Ottens & Hanna, 1998)

gibt es bereits einige Berührungspunkte. Durch ihre unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunkte würden sich die beiden Ansätze gut ergänzen. Die Ergebnisse der vorliegenden Doktorarbeit zeigen durchgehend positive Effekte, wenn existenzielle Aspekte in ein CBT-Programm integriert werden. Dieser Ansatz sollte daher weiterverfolgt werden. Ein wichtiger Schritt würde darin bestehen, durch eine fundierte theoretische Auseinandersetzung mit den beiden Ansätzen einen übergreifenderen theoretischen Rahmen zu erarbeiten. Der Beitrag der Existenziellen Psychotherapie dürfte dabei, wie in dieser Dissertation herausgearbeitet, in erster Linie in dem umfassenderen Menschenbild, der Haltung gegenüber dem Patienten und dem Umgang mit bestimmten Themen zu sehen sein. Dies führt zum zweiten Punkt.

## **6.2. Differenzierung der therapeutischen Schwerpunkte**

Der Schwerpunkt der CBT liegt in der Symptomreduktion. Bewusst oder unbewusst orientiert sie sich dabei an einem „Ideal vollständiger Gesundheit“ (v.a. im Sinne einer vollständigen Symptomfreiheit; ebenso die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrer Definition von Gesundheit als „ein Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“). Diese Grundorientierung hat aber die menschliche Grunderfahrung des Leidens eben nicht integriert (Raspe, 1990). Die EP nimmt hier eine andere Position ein, da für sie als oberstes Ziel nicht die Gesundheit steht, sondern es vielmehr darauf ankommt, was der Mensch aus seinem Gesundsein macht: „Gesundheit ist keineswegs das höchste Gut, sondern ein vitales Medium zu eigener, kreativer, sinnvoller Existenz“ (Schipperges, 1992, S. 121). Dieselbe Kritik wurde beispielsweise auch gegen die Forschung zur Lebensqualität (Raspe, 1990) sowie die Positive Psychologie (Gebler, 2011) vorgebracht.

Der Unterschied besteht darin, ob man Leid und andere negative Phänomene zwar anerkennt, aber nur als etwas, das zugunsten positiver Erfahrungen von Wohlbefinden möglichst aufgelöst und überwunden werden sollte. Oder ob Leid als etwas angesehen wird, das ganz existenziell zum menschlichen Leben, auch zu seiner Fülle und Tiefe, dazuge-

hört. In diesem Sinne schreibt Frankl (2005, S. 208; Kursiv im Original): „daß menschliches Sein zutiefst und zuletzt Passion ist – *daß es das Wesen des Menschen ist, ein leidendes zu sein: Homo patiens*“. Nach Frankl liegt in der Annahme von Leid und Schicksal ein Wert und eine Sinnmöglichkeit des Lebens, wobei er stets betont hat, dass nur solches Leid sinnvoll sein kann, das wirklich notwendig ist und in seiner Bedeutung auf etwas oder jemanden transzendiert. Wenn es vermeidbar und unnötig ist oder zum Selbstzweck entartet, wird es sinnlos und schlägt in Masochismus um. Auch nach Yalom (2000) kann eine gewisse Angst dabei helfen authentischer zu leben, und das Ziel sollte darin bestehen, diese Grundangst in das Leben zu integrieren. May (1969) glaubt, dass ontologische Schuld positive Auswirkungen auf die Persönlichkeit haben kann, wie beispielsweise eine höhere interpersonelle Sensibilität. Jaspers bekennt in einem Brief: „Meiner Krankheit ganz allein verdanke ich es, dass ich wenigstens etwas zum Nachdenken gebracht wurde“ (zitiert nach Schipperges, 1992, S. 112).

Aus existenzieller Perspektive wird durch die Fokussierung auf Symptomreduktion und Wohlbefinden die leidvolle Realität von Patienten mit chronischen Krankheiten verfehlt und wesentliche Lebenselemente ignoriert. Dies kann in der Therapie chronischer Schmerzen als ein vorrangiges Manko der CBT angesehen werden. Eine Auseinandersetzung mit der existenziellen Sichtweise kann zu differenzierteren Konzepten von Gesundheit und Lebensqualität und dadurch zu differenzierteren Therapiezielen führen.

### **6.3. Trauer als zentrales Thema bei chronischen Schmerzen**

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie verweisen auf ein Thema, das in der Forschung und Therapie chronischer Schmerzen bisher weitgehend ausgeblendet wird: Trauer (Frede, 2007; Reed, 1999; Sagula & Rice, 2004). Chronischer Schmerz bedeutet schmerzlichen Verlust – beispielsweise Verlust von Wohlbefinden, von Funktionalität, sozialen Rollen, von Beziehungen, vom Arbeitsplatz oder von Zukunftsperspektiven. Diese Verluste sind so gravierend, dass sie sich auf das Identitätsgefühl der betroffenen Personen auswirken



(Morley, 2011). Bei chronischen Schmerzen geht es daher im Wesentlichen auch um die Anpassung an diese vielfältigen Verluste und damit um Trauer und Krankheitsverarbeitung. Diese Aspekte sollten in der Therapie chronischer Schmerzen sicherlich mehr Beachtung geschenkt bekommen, wobei die Relevanz von Trauerprozessen mit zunehmender Chronifizierung steigen dürfte (siehe dazu auch den kommenden Abschnitt). Die existenzielle Gruppenintervention in dieser Studie kann auch unter dem Aspekt betrachtet werden, dass sie den Patienten einen Impuls dazu gab, die Schmerzen als leidvollen Bestandteil des eigenen Lebens anzusehen, Leid als zum menschlichen Leben gehörend zu akzeptieren und sich auf die verbleibenden Sinnmöglichkeiten im Leben zu fokussieren. Möglicherweise sind die positiven Effekte der existenziellen Intervention daher zu großen Teilen darauf zurückzuführen, dass ein Trauerprozess angestoßen und der nötige Raum dafür zur Verfügung gestellt wurde. Die weitere Forschung dürfte sicherlich vom Einbeziehen der umfangreichen Forschung zu Trauer und Verlust profitieren. Beispielsweise kann es hilfreich sein, die Problematik von Menschen mit chronischen Schmerzen unter dem Gesichtspunkt zu betrachten, dass die Betroffenen Schwierigkeiten damit haben, ihr Selbstnarrativ an ihre Verlusterfahrungen anzupassen (Angus & McLeod, 2004; Shear, Boelen & Neimeyer, 2011). Hilfreiche Therapien würden die Betroffenen darin unterstützen, sich wieder ein kohärentes (angepasstes) Selbstnarrativ zu erarbeiten und neue Lebensbedeutungen zu finden.

## 6.4. Differenzierung nach Patientengruppen

Ein weiterer wichtiger Bereich, dem die Forschung in Zukunft mehr Beachtung schenken sollte, sind die unterschiedlichen Effekte bei unterschiedlichen Behandlungsgruppen.

Eine der wichtigsten Gruppenvariablen ist sicherlich das formale Bildungsniveau, das als Teilaspekt sozialer Ungleichheit ein Prädiktor für chronische Schmerzbilder ist (Nilges & Schmidt, 2010). Epidemiologische Studien deuten auf einen Zusammenhang zwischen chronischen Schmerzen und niedrigem Bildungsniveau hin (Curren, Agar, Plum-

mer, Blyth & Abernethy, 2010; Poleshuck & Green, 2008; Schmidt, Moock, Fahland, Feng & Kohlmann, 2011). Patienten mit formal niedrigem Bildungsniveau sind in der Therapie chronischer Schmerzen eher überrepräsentiert (Haase, Kuhnt & Klimczyk, 2012). Gleichzeitig gibt es Hinweise, dass das Bildungsniveau ein Prädiktor für das Therapieergebnis multimodaler Behandlungsansätze ist: Patienten mit formal niedrigem Bildungsniveau zeigen im Vergleich zu Patienten mit formal höherem Bildungsniveau geringe Behandlungseffekte (Haase et al., 2012; Klaber Moffett, Underwood & Gardiner, 2009; Witt, Schützler, Lüdtke, Wegscheider & Willich, 2011). Aufgrund dieses Missstandes fordern Nilges und Schmidt (2010): „Wissenschaftliche Studien sind erforderlich, um die Wechselwirkung zwischen Bildungsstand und therapeutischen Ansätzen weiter zu belegen und Konsequenzen für die therapeutische Praxis abzuleiten“ (S. 10). Dabei ist die Variable „Bildung“ sicherlich nicht isoliert zu betrachten. Haase, Kuhnt und Klimczyk (2012) diskutieren verschiedene psychosoziale Rahmenbedingungen, die mit dem Bildungsniveau zusammenhängen können. Beispielsweise haben Menschen mit formal niedrigem Bildungsniveau häufig belastendere Arbeitsbedingungen und aufgrund weniger attraktiver Arbeitsplätze oftmals eine geringere Arbeitsplatzzufriedenheit. Die erfreulich positiven Ergebnisse der Patienten mit formal niedrigem Ausbildungsniveau in dem existenziell-integrativen Behandlungsprogramm der vorliegenden Doktorarbeit deuten jedoch darauf hin, dass der Vermittlungsfaktor für den Therapieerfolg eher in der Verbesserung von akkommodativen Coping-Strategien zu finden sein dürfte. Da die Patienten mit formal niedrigem Ausbildungsniveau von dem reinen CBT-Behandlungsprogramm (CBP) entsprechend den obigen Befunden nur wenig, von dem existenziell-integrativen Behandlungsprogramm (EBP) aber erstaunlich gut profitieren konnten, sollte dieser Ansatz weiter verfolgt werden und in unabhängigen Studien überprüft werden.

Eine weitere wichtige Untergruppe ist in den Menschen zu sehen, die sich selbst als religiös oder spirituell beschreiben, die in der vorliegenden Arbeit ca. 50% der Stichprobe ausmachen. Auch diese konnten durch das CBP keinen signifikanten Therapieerfolg erreichen; sie zeigten jedoch einen signifikanten Therapieerfolg wenn sie sich in dem EBP befanden. Auch hier stellen sich zum einen die weiterführenden Fragen, ob dieser diffe-

renzielle Effekt in unabhängigen Studien repliziert werden kann und wie dieser Effekt zu erklären ist.

Schließlich ist es naheliegend, dass auch für unterschiedliche Chronifizierungsgrade unterschiedliche Copingstrategien vorrangig sind. So gibt es Hinweise, dass akkommodative Strategien erst ab einer bestimmten Schmerzdauer und bei höherer Chronifizierung bedeutsam sind (Schmitz, Saile & Nilges, 1996). Zu Beginn einer Schmerzproblematik könnte Akzeptanz dysfunktional und assimilative Copingstrategien von vorgeordneter Bedeutung sein. Auch zu der Beantwortung dieser Thematik wären weiterführende Studien nötig, deren Stichproben möglichst gleichverteilte Chronifizierungsgrade aufweisen sollten.

Auch Eccleston (2011) betont, dass eine Herausforderung der Zukunft darin zu sehen ist, dass spezifische Behandlungsansätze für spezifische Patientengruppen bereitgestellt werden müssen. Insbesondere wird es wachsende Populationen von Patienten mit neuartigen chronischen Schmerzen geben, wie beispielsweise chronische Schmerzen aufgrund von Krebstherapie. Ebenso wird es immer mehr Patienten mit komplexer Komorbidität geben, wie beispielsweise chronische Schmerzen in Kombination mit Adipositas, Demenz oder Herzproblemen. Die Therapie chronischer Schmerzen wird daher auch in Zukunft eine große Herausforderung für die Forschung und die Behandler sein.

## 7. Literaturverzeichnis

- Angus, L. E. & McLeod, J. (Hrsg.) (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Apkarian, A. V., Baliki, M. N. & Geha, P. Y. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87 (2), 81–97.
- Basler, H.-D. & Kröner-Herwig, B. (1998). *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie* (2. Aufl.). München: Quintessenz.
- Bieri, P. (2003). *Das Handwerk der Freiheit: Über die Entdeckung des eigenen Willens*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verl.
- Binswanger, L. (1942). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich: Niehans.
- Bonica, J. J. (1953). *The Management of Pain*. Philadelphia: Lea & Febinger.
- Brandtstädter, J. (2007). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modellassimilativer und akkomodativer Prozesse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (1. Aufl., S. 413–445). Stuttgart: Kohlhammer.
- Branstetter-Rost, A., Cushing, C. & Douleh, T. (2009). Personal Values and Pain Tolerance: Does a Values Intervention Add to Acceptance? *The Journal of Pain*, 10 (8), 887–892.

- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10 (4), 287–333.
- Cooper, M. (2003). *Existential therapies*. London; Thousand Oaks: Sage Publications.
- Corbett, L. & Milton, M. (2011). Existential therapy: A useful approach to trauma. *Counselling Psychology Review*, 26 (1), 62–74.
- Currow, D. C., Agar, M., Plummer, J. L., Blyth, F. M. & Abernethy, A. P. (2010). Chronic pain in South Australia - population levels that interfere extremely with activities of daily living. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34 (3), 232–239.
- Dahl, J., Wilson, K. G., Luciano, C. & Hayes, S. C. (2005). *Acceptance and commitment therapy for chronic pain*. Reno, NV: Context Press.
- Eccleston, C. (2011). A normal psychology of chronic pain. *The Psychologist*, 24 (6), 422–425.
- Edwards, D. J. (1990). Cognitive therapy and the restructuring of early memories through guided imagery. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4 (1), 33–50.
- Filipp, S.-H. & Ferring, D. (1992). Lebensqualität und das Problem ihrer Messung. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit. Modebegriff oder neues Denken?: Referate gehalten auf dem Symposium der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften Hamburg am 23. August 1991* (S. 89–109). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Flor, H. & Hermann, C. (2006). Neuropsychotherapie bei chronischen Schmerzen: Veränderung des Schmerzgedächtnisses durch Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 16 (2), 86–94.
- Flor, H. & Hermann, C. (2007). Kognitiv-behaviorale Therapie. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 603–616). Heidelberg: Springer.
- Flor, H., Fydrich, T. & Turk, D. C. (1992). Efficacy of multidisciplinary pain treatment centers: a meta-analytic review. *Pain*, 49 (2), 221–230.

- Frankl, V. E. (1979). *Ärztliche Seelsorge: Grundlagen d. Logotherapie u. Existenzanalyse* (9. Aufl.). Wien: Deuticke.
- Frankl, V. E. (2002). *Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten* (Unveränderter Nachdruck). Weinheim; Basel: Beltz.
- Frankl, V. E. (2005). *Der leidende Mensch: Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie* (3. Aufl.). Bern: Huber.
- Frede, U. (2007). Praxis psychologischer Schmerztherapie - kritische Reflexion aus der Patientenperspektive. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 637–653). Heidelberg: Springer.
- Gatchel, R. J. & Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain*, 7, 779–793.
- Gatchel, R. J., Peng, Y. B., Peters, M. L., Fuchs, P. N. & Turk, D. C. (2007). The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. *Psychological Bulletin*, 133 (4), 581–624.
- Gebler, F. A. (2011). Giving Psychology Away: Nutzen und Fehlentwicklungen der Positiven Psychologie aus existenzieller Sicht. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 43 (3), 597–604.
- Gebler, F. A. & Maercker, A. (2007). Expressives Schreiben und Existentialität bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse. *Trauma und Gewalt*, 1 (4), 264–272.
- Gerbershagen, H. U., Lindena, G., Korb, J. & Kramer, S. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz*, 16, 271–284.
- Haase, I., Kuhnt, O. & Klimczyk, K. (2012). Bedeutung des Bildungsniveaus für die Wirksamkeit der multimodalen Schmerztherapie. *Schmerz*, 26 (1), 61–68.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 (4), 286–295.

- Hayes, S. C. & Duckworth, M. P. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy Approaches to Pain. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13 (3), 185–187.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heim, E. (2009). *Die Welt der Psychotherapie: Entwicklungen und Persönlichkeiten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 (4), 280–285.
- Hüppe, M. & Fritsche, G. (2007). Fort- und Weiterbildung „Spezielle Schmerzpsychotherapie“. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 3–6). Heidelberg: Springer.
- International Association for the Study of Pain (IASP). Zugriff am 31.05.2012. Verfügbar unter <http://www.iasp-pain.org/Content/NavigationMenu/GeneralResourceLinks/PainDefinitions/default.htm>.
- Jaspers, K. (1973). *Philosophie II: Existenzerhellung* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Klaber Moffett, J. A., Underwood, M. R. & Gardiner, E. D. (2009). Socioeconomic status predicts functional disability in patients participating in a back pain trial. *Disability & Rehabilitation*, 31 (10), 783–790.
- Krampen, G. (2004). Psychologie – Was ist das? Persönliche Anmerkungen zu Gegenstand, Einheitlichkeit und Pluralismus der Psychologie. In A. Kämmerer (Hrsg.), *Seelenlandschaften: Streifzüge durch die Psychologie; 98 persönliche Positionen* (S. 14–15). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kröner-Herwig, B. (2005). Verhaltenstherapie bei Schmerzen. *PiD - Psychotherapie im Dialog*, 6 (1), 76–81.

- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2007). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 513–538). Heidelberg: Springer.
- Kuhnt, O., Haase, I., Babel, S. & Klimczyk, K. (2010). Ist der Erfolg multimodaler Schmerztherapie von der Schulbildung abhängig? *Schmerz*, 24 (Suppl. 2), 99–100.
- Lerner, M. J. & Miller, D. T. (1978). Just world research and the attribution process: Looking back and ahead. *Psychological Bulletin*, 85, 1030–1051.
- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 11–21.
- Maercker, A. (1995). *Existentielle Konfrontation: Eine Untersuchung im Rahmen eines psychologischen Weisheitsparadigmas*. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Maercker, A. (1999). Potenzen und Grenzen einer allgemeinen Psychotherapietheorie. *Psychotherapeut*, 44 (6), 381–382.
- Maercker, A. & Zöllner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 41–48.
- May, R. (1969). *Existential psychology* (2. Aufl.). New York, NY: Random House.
- May, R. (1979). *Psychology and the human dilemma*. New York: Norton.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, 21–27.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197–204.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, 164–169.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10, 23–29.



- McCracken, L. M. & Yang, S.-Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioral approach to chronic pain. *Pain*, 123 (1-2), 137–145.
- McCracken, L. M. & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14, 170–175.
- McCracken, L. M., Eccleston, C. & Keefe, F. J. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 109, 164–169.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A Prospective Investigation of Acceptance and Control-Oriented Coping with Chronic Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 339–349.
- Morley, S. (2011). Efficacy and effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic pain: Progress and some challenges. *Pain*, 152 (Suppl. 3), S99–S106.
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80 (1-2), 1–13.
- Nachemson, A. L. (1992). Newest knowledge of low back pain. A critical look. *Clinical orthopaedics and related research*, (279), 8–20.
- Nilges, P. & Nagel, B. (2007). Was ist chronischer Schmerz? *DMW - Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132 (41), 2133–2138.
- Nilges, P. & Schmidt, C. (2010). Die Bedeutung sozialer Ungleichheit in der Behandlung von Schmerzpatienten. *MedReport*, 34, 10.
- Noyon, A. & Heidenreich, T. (2007). Die existenzielle Perspektive in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 17, 122–128.
- Ottens, A. J. & Hanna, F. J. (1998). Cognitive and existential therapies: Toward an integration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 35 (3), 312–324.
- Poleshuck, E. L. & Green, C. R. (2008). Socioeconomic disadvantage and pain. *Pain*, 136 (3), 235–238.

- Raspe, H. H. (1990). Zur Theorie und Messung der „Lebensqualität“ in der Medizin. In P. Schölmerich & G. Thews (Hrsg.), *Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Medizin* (S. 23–40). Stuttgart: Fischer.
- Reed, L. W. (1999). The efficacy of grief therapy as a treatment modality for individuals diagnosed with co-morbid disorders of chronic pain and depression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59 (7-B), 3710.
- Sagula, D. & Rice, K. G. (2004). The Effectiveness of Mindfulness Training on the Grieving Process and Emotional Well-Being of Chronic Pain Patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11 (4), 333–342.
- Schipperges, H. (1992). Lebensqualität im Kranksein. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit. Modebegriff oder neues Denken?: Referate gehalten auf dem Symposium der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften Hamburg am 23. August 1991* (S. 111–122). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmidt, C., Moock, J., Fahland, R., Feng, Y.-S. & Kohlmann, T. (2011). Rückenschmerz und Sozialschicht bei Berufstätigen. *Schmerz*, 25 (3), 306–314.
- Schmitz, U., Saile, H. & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67, 41–51.
- Schüssler, W. (1995). *Jaspers zur Einführung* (1. Aufl.). Hamburg: Junius.
- Seligman, M. E. (2002). Positive Psychology, Positive Prevention, and Positive Therapy. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Hrsg.), *Handbook of positive psychology* (S. 3–9). Oxford; New York: Oxford University Press.
- Seligman, M. E. P., Rashid, T. & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61 (8), 774–788.
- Shear, M. K., Boelen, P. A. & Neimeyer, R. A. (2011). Treating Complicated Grief. Converging Approaches. In R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer & G. F. Thornton (Hrsg.), *Grief and bereavement in contemporary society. Bridging research and practice* (S. 139–162). New York: Routledge.
- Siegrist, J., Broer, M. & Junge, A. (1996). *Profil der Lebensqualität chronisch Kranker. Manual*. Göttingen: Beltz.

- Singer, W. J. (2004). Verschaltungen legen uns fest. Wir sollten aufhören, von Freiheit zu sprechen. In C. Geyer (Hrsg.), *Hirnforschung und Willensfreiheit. Zur Deutung der neuesten Experimente* (1. Aufl., S. 30–65). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Skinner, M., Wilson, H. D. & Turk, D. C. (2012). Cognitive-Behavioral Perspective and Cognitive-Behavioral Therapy for People With Chronic Pain: Distinctions, Outcomes, and Innovations. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26 (2), 93–113.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (Hrsg.). (2009). *Handbook of positive psychology*. Oxford; New York: Oxford University Press.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T. & Krause, S. (1990). The Pain Disability Index: psychometric properties. *Pain*, 40, 171–182.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1–18.
- Thomas, E., Silman, A. J., Croft, P. R., Papageorgiou, A. C., Jayson, M. I. V. & Macfarlane, G. J. (1999). Predicting who develops chronic low back pain in primary care: a prospective study. *BMJ*, 318 (7199), 1662–1667.
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T. et al. (2011). A Comparative Study of 2 Manual-based Self-Help Interventions, Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation, for Persons With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27 (8), 716–723.
- Tillich, P. (1991). *Der Mut zum Sein*. Berlin; New York: Walter de Gruyter.
- Turk, D. C. (2005). The Potential of Treatment Matching for Subgroups of Patients With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 21 (1), 44–55.
- van Deurzen, E. (2010). *Everyday mysteries: A handbook of existential psychotherapy* (2. Aufl.). Hove, East Sussex; New York: Routledge.
- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152 (3), 533–542.
- Vlaeyen, J. W. S. & Morley, S. (2005). Cognitive-Behavioral Treatments for Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 21 (1), 1–8.

- Walsh, R. A. & McElwain, B. (2002). Existential psychotherapies. In D. J. Cain (Hrsg.), *Humanistic psychotherapies. Handbook of research and practice* (1. Aufl., S. 253–278). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wand, B. & O'Connell, N. (2008). Chronic non-specific low back pain – sub-groups or a single mechanism? *BMC Musculoskeletal Disorders*, 9 (1), 11.
- Williams, A. C. C. de. (2008). Cognitive-behavioural pain management: lessons learned. In H. J. McQuay, E. Kalso & R. A. Moore (Hrsg.), *Systematic reviews in pain research. Methodology refined* (S. 275–284). Seattle: IASP Press.
- Williams, A. C. C. de & Cella, M. (2012). Medically unexplained symptoms and pain: misunderstanding and myth. *Current opinion in supportive and palliative care*, 6 (2), 201–206.
- Witt, C. M., Schützler, L., Lüdtke, R., Wegscheider, K. & Willich, S. N. (2011). Patient Characteristics and Variation in Treatment Outcomes. *The Clinical Journal of Pain*, 27 (6), 550–555.
- Woods, M. P. & Asmundson, G. J. (2008). Evaluating the efficacy of graded in vivo exposure for the treatment of fear in patients with chronic back pain: A randomized controlled clinical trial. *Pain*, 136 (3), 271–280.
- Yalom, I. D. (2000). *Existentielle Psychotherapie* (3. Aufl.). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

## **8. Artikel 1: Integration einer existenziellen Perspektive in die kognitiv-behaviorale Therapie chronischer Schmerzen.**

Gebler, F. A. (2010). Integration einer existenziellen Perspektive in die kognitiv-behaviorale Therapie chronischer Schmerzen. *Verhaltenstherapie*, 20, S. 127–134.

### **Schlüsselwörter**

Chronischer Schmerz, Schmerzbewältigungsprogramme, Kognitiv-behaviorale Therapie, ACT, Existentielle Psychotherapie, Sinn, Werte, Akzeptanz

### **Keywords**

Chronic Pain, Group Programs for Chronic Pain, Cognitive Behavioral Therapy, ACT, Existential Psychotherapy, Meaning, Values, Acceptance

### **8.1. Zusammenfassung**

In der Therapie des chronischen Schmerzes, der ein sehr heterogenes und komplexes Phänomen darstellt, haben sich kognitiv-behaviorale Therapieansätze als Bestandteil eines in-

terdisziplinären, multimodalen Therapieansatzes etabliert. Obwohl die Verbesserung der Lebensqualität als zentrales Therapieziel angesehen wird, fokussieren die traditionellen kognitiv-behavioralen Ansätze bisher überwiegend auf bessere Schmerzbewältigung und Schmerzkontrolle. Nach kurzer Darstellung wesentlicher Aspekte dieses Ansatzes werden potentielle Probleme dieser Fokussierung diskutiert und die Bedeutung von Werten und individuellen Sinnerfahrungen für die Lebensqualität hervorgehoben. Vor diesem Hintergrund wird eine Erweiterung der kognitiv-behavioralen Ansätze um eine existenzielle Perspektive vorgeschlagen. Insbesondere beinhaltet dies Aspekte des Menschenbildes, der Therapeut-Patient-Beziehung und einer vermehrte Berücksichtigung von Themen wie Trauer, Akzeptanz von und Einstellung zu schicksalhafterm Leid, individuelle Werthaltungen und verbliebene Sinnmöglichkeiten. Auch auf die Nähe zur Acceptance and Commitment Therapy (ACT), zu der aktuell ein großes Forschungsinteresse besteht, wird eingegangen.

## **Abstract**

Cognitive behavioral therapy has been established as part of the interdisciplinary and multimodal approach to treating the heterogeneous and complex phenomena of chronic pain. These programs are primarily control based and focused on better coping with the pain. After a short description of the central characteristics of these programs, this article discusses potential problems concerning their focus. The importance of quality of life as a central aim in therapy is highlighted, giving individual values and meaning of life particular significance. Against this background, the enlargement of the existential perspective in the established cognitive behavioral approach is suggested. Aspects of this perspective in particular are the idea of man, the therapist-patient relationship and the consideration of topics such as grief, acceptance of, and attitudes towards fateful suffering, values and meaning. Additionally, the similarities and differences to the Acceptance and Commitment Therapy (ACT), which is currently highly researched, are discussed.

## 8.2. Einleitung

In Deutschland leiden ca. 600.000-700.000 Menschen, trotz medizinischer Behandlung, unter bedeutsamen chronischen Schmerzen, die einer spezifischen Schmerztherapie bedürfen (Kröner-Herwig, 2007a). Chronischer Schmerz erweist sich dabei als multidimensionales Phänomen, weshalb eine adäquate spezifische Schmerztherapie interdisziplinär und multimodal ausgerichtet sein sollte. Dabei sind neben verschiedenen somatischen und körperlich übenden Verfahren auch psychologische und psychotherapeutische Ansätze von großer Bedeutung.

## 8.3. Das Problem des chronischen Schmerzes

Chronische Schmerzen sind ein komplexes Phänomen. Die Syndrome und ihre Entstehungsbedingungen sind sehr heterogen (z. B. Rückenschmerzen, Kopfschmerzen, Phantomschmerzen, Fibromyalgie oder Polyneuropathien). Bei den psychologischen Diagnosen sind insbesondere die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40), die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41), die andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (F62.80) und die psychologischen Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten (F54) von Relevanz. Aber auch im Rahmen anderer Störungsbilder, wie beispielsweise bei Depression oder der posttraumatischen Belastungsstörung, können chronische Schmerzen eine Rolle spielen.

„Chronischer Schmerz“ ist somit kein einheitliches Krankheitsbild. Die syndromale Gemeinsamkeit des chronischen Schmerzes jenseits der Unterschiede der verschiedenen Schmerzstörungen besteht in dem Anhalten oder ständigen Wiederkehren der Schmerzen (Zeitkriterium; mind. 3-6 Monate) sowie dem Verlust der ursprünglichen Warnfunktion des Schmerzes (Kröner-Herwig, 2007a). Der Schmerz wird vom Symptom zur Krankheit selbst. Die Ursachen der chronischen Schmerzen reichen dabei von „bekannt und nicht therapierbar“ bis hin zu „unbekannt und vielschichtig“. Durch Fortschritte in Technik und

Forschung ist heute jedoch immer mehr über neuronale Anpassungsprozesse (Plastizität des schmerzverarbeitenden Systems) bekannt, mit denen überdauernde Schmerzen ohne somatischen Befund oder anhaltende Schmerzen nach erfolgreicher Behandlung der somatischen Schädigungen erklärt werden können (vgl. z. B. Diers, 2009; Treede, 2007; Zimmermann, 2007). Dabei können chronische Schmerzen mit dauerhaften Veränderungen im peripheren und zentralen Nervensystem einhergehen, was zu einer Verselbstständigung des Schmerzes führen kann.

Chronischer Schmerz ist ein multidimensionales Phänomen, das durch eine komplexe Interaktion biologischer, psychischer und sozialer Faktoren geprägt ist. Schmerzchronifizierung ist ein Prozess, bei dem vielfältige Aspekte eine Rolle spielen, wie beispielsweise die vergangene und gegenwärtige Schmerzintensität, Schmerzdauer, Anzahl der gescheiterten Behandlungsversuche, depressive Stimmungslage, chronische Stressoren im beruflichen und privaten Alltagsleben oder das Vermeiden sozialer und körperlicher Aktivitäten (Hasenbring & Pfingsten, 2007). Bei chronischen (körperlichen) Erkrankungen treten zudem häufig psychische Belastungen und Störungen (Komorbidität) auf, die wiederum die Belastungen der Betroffenen erhöhen und die Anpassung an und das Coping mit der Erkrankung erschweren (Kleese et al., 2008). Regelmäßig sind z. B. Depression und Angststörungen komorbid zu den chronischen Schmerzen vorhanden. Dabei vermögen unidirektionale Erklärungsmodelle kaum zu überzeugen, vielmehr ist von einer komplexen Interaktion auszugehen.

Untersuchungen zu Indikatoren und Mechanismen der Schmerzchronifizierung haben sich oft auf die Patientenebene beschränkt (Hasenbring & Pfingsten, 2007). Dabei wurden immer wieder die Patienten für therapeutische Misserfolge verantwortlich gemacht, wie beispielsweise durch die Konzepte der „pain games“ (Sternbach, 1968) und des „Koryphäenkillersyndroms“ (Beck, 1977). Behandler- und Systemfaktoren wurden dabei oftmals vernachlässigt. Franz und Bautz (2007) betonen dagegen, dass bei der Interpretation der sog. „schwierigen“ Verhaltensmuster von Schmerzpatienten auch die Überzeugungen, Selbstansprüche und das therapeutische Vorgehen der Ärzte sowie gesellschaftliche Rahmenbedingungen (wie vorherrschende monokausale Krankheitsmodelle oder das kas-



senärztliche Vergütungssystem) berücksichtigt werden müssen. An iatrogenen Faktoren (d. h. schädigende Einflüsse, die aus dem ärztlichen Verhalten und Nichtverhalten resultieren) lassen sich vier Problembereiche differenzieren: Überdiagnostik, Informationsmangel, Fehler bei der Medikation und Vernachlässigung psychosozialer Faktoren (Kouyanou et al., 1998). Auch nach dem Resümee der „Task Force on Pain in the Workplace“ (For- dyce, 1995) spielt das Gesundheitssystem die Hauptrolle bei der Entstehung von chronischen Beeinträchtigungen.

Traditionelle medizinische Behandlungsansätze (wie z. B. Medikamente, Spritzen oder Operationen) sind bei chronischem Schmerz oft nicht effektiv (Morley et al., 1999; Nachemson, 1992). Nach dem Scheitern einer Vielzahl medizinischer Behandlungsversuche kommt es nicht selten zu einem radikalen Paradigmenwechsel hin zu einer psychosozialen Sichtweise, die jedoch meist ebenso monokausal ausgerichtet ist, wodurch es leicht zu dichotomen Typisierungen und Psychopathologisierungen kommt, die „eigentlich nur zur abwertenden Etikettierung der Patienten hilfreich (sind)“ (Franz & Bautz, 2007, S. 545). Schmerzen ohne somatischen Befund seien dann „psychisch bedingt“, was häufig so verstanden wird, dass eine psychische Störung vorliege. Diese dichotomisierenden Ursachenzuschreibungen und Behandlungsansätze werden der Multidimensionalität des Phänomens Schmerz nicht gerecht. Die Einführung der neuen Diagnose F45.41 (Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) in die ICD-10-GM Version 2009 kann dabei als ein Entwicklungsschritt verstanden werden, die Dichotomisierung „organisch vs. psychisch“ aufzuheben (siehe auch Rief et al., 2009). Eine „Schmerzpsychotherapie“ hat sich zunehmend als Bestandteil eines interdisziplinären, multimodalen Therapieansatzes etabliert. Prinzipiell erfordert die Heterogenität der verschiedenen Schmerzsyndrome ein differenziertes therapeutisches Herangehen, so dass es in der individualisierten Therapie abhängig vom Störungsbild verschiedene psychologische Interventionsmöglichkeiten und Erfolgsaussichten gibt. Individualisiertes Vorgehen ist in institutionellen Einrichtungen jedoch oft nur schwer möglich (und in Zeiten zunehmender Einsparungen zunehmend schwerer), weshalb auf manualisierte Gruppenprogramme zurückgegriffen wird.

## 8.4. Kognitiv-behaviorale Schmerzpsychotherapie und Schmerzbewältigungsprogramme

Der zurzeit am besten evaluierte und wirksamste psychologische Therapieansatz bei chronischen Schmerzen ist die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) (Kröner-Herwig, 2005). Wesentlich für kognitiv-behaviorale Ansätze in der Schmerztherapie ist die Unterscheidung eines sensorischen, affektiven und kognitiven Subsystems der Schmerzverarbeitung, so dass Schmerzerfahrungen durch affektive und kognitive Faktoren abgeschwächt oder verstärkt werden können.

Das Ziel kognitiv-behavioraler Interventionen ist nicht primär Schmerzlinderung, sondern eine bessere Schmerzbewältigung, d.h. eine Verbesserung der Lebensqualität trotz der Schmerzen (Flor & Hermann, 2007). Obwohl als primäres Behandlungsziel hervorgehoben, wird die Lebensqualität in dem genannten Artikel nicht weiter thematisiert. Vielmehr fokussieren die Autorinnen auf die Vermittlung von Bewältigungsfertigkeiten, die es dem Patienten ermöglichen sollen, besser mit seinen Schmerzen umzugehen. In erster Linie soll der Patient schmerzauslösende und schmerzaufrechterhaltende Verhaltensweisen, Gefühle und Kognitionen erkennen und verändern lernen, um dadurch Gefühle der Hilflosigkeit zu reduzieren. Kröner-Herwig und Frettlöh (2007) listen 16 typische Ziele psychologischer Schmerztherapie (verhaltenstherapeutischer Ausrichtung) auf, die ebenfalls in erster Linie auf eine Verbesserung und Optimierung von schmerzbezogenen Copingstrategien abzielen.

Auch wenn Schmerzreduktion nicht als das primäre Ziel kognitiv-behavioraler Therapieansätze postuliert wird, so sind doch eine bessere subjektive Kontrollüberzeugung, die Steigerung der positiven Einflussnahme auf die Schmerzen sowie der Abbau schmerzbezogener negativer Gedanken (Flor & Hermann, 2007) die zentralen Ansatzpunkte. Bessere Schmerzkontrolle und geringere Schmerzwahrnehmung scheinen doch das tragende Hintergrundmotiv zu sein. In diese Richtung geht auch Pfingsten (2007, S. 178), wenn er schreibt: „Es ist daher nicht korrekt zu konstatieren, dass kognitive Verfahren »nur« dazu führen, dass Patienten lernen, mit dem Schmerz (im Sinne der optimierten Bewältigung) besser umzugehen. Dieses Verständnis über die Wirkung kognitiver Methoden ist weit verbreitet, greift jedoch zu kurz. Wenn Schmerz ein subjektives Erlebensphänomen ist,

dann wird das gesamte Erleben des Schmerzes – inklusive seiner Intensität – durch kognitive – wie auch behaviorale Methoden beeinflusst.“

Es ist heute unbezweifelbar, dass psychosoziale Faktoren einen großen Einfluss auf die Schmerzwahrnehmung haben. Ebenso dass Lernprozesse von großer Bedeutung bei zentralnervösen Veränderungen und kortikaler Reorganisation sind (Diers, 2009; Flor & Hermann, 2006). Der Fokus auf Bewältigung und Kontrollfähigkeit in Bezug auf chronische Schmerzen ist jedoch auch potentiell problematisch, da dieser Ansatz nahelegt, dass immer eine bessere Bewältigung und Kontrolle der Schmerzen möglich sei. Die therapeutische Zielsetzung der Vermittlung von adäquaten Bewältigungsfertigkeiten verleitet dazu, grundsätzlich davon auszugehen, dass die bisherigen Bewältigungsstrategien der Patienten „inadäquat“ und „dysfunktional“ waren (in Analogie zu klassischen psychischen Störungen wie Angststörungen). Doch fortdauernde Schmerzen müssen weder Ausdruck dysfunktionaler Bewältigungsstrategien sein, noch ist eine wesentliche Verbesserung derselben im Sinne von besserer Kontrolle immer möglich. Bei einer Überschätzung psychologischer Einflussmöglichkeiten ist es leicht möglich, dass bei ausbleibenden Therapieerfolgen beispielsweise zu Unrecht die Motivation des Patienten in Frage gestellt wird. Zutreffend ist in Anbetracht des komplexen multifaktoriellen Bedingungsgefüges sicherlich, dass nicht nur die medizinische, sondern auch die psychologische Einflussnahme ihre Grenzen hat. „Auch die multidisziplinäre Kooperation in der Behandlung des chronischen Schmerzes, in die Verhaltenstherapie eingebunden ist, führt nicht immer zum Erfolg, und die Erfolge sind selten so tief greifend wie bei anderen Störungen. Geduld und Bescheidenheit bezüglich des Anspruchsniveaus sind somit Eigenschaften, die ein Schmerztherapeut ebenso wie der Patient dringend brauchen“ (Kröner-Herwig, 2007b, S. 131).

Der Fokus auf bessere Bewältigung und Kontrolle kann Patienten unter erheblichen Druck setzen und damit zu einer Steigerung von Anspannung, Versagensängsten und Unzulänglichkeitsgefühlen führen. Beispielsweise sollen schmerzbezogene negative Gedanken durch positive Affirmationen ersetzt werden, um die Schmerzerfahrungen positiv zu beeinflussen (Flor & Hermann, 2007). Auch wenn von der CBT betont wird, dass es nicht um pauschal „positives Denken“ geht, sondern um hilfreichere aber realistische Ko-

gnitionen, so erscheinen die Darstellungen in den einschlägigen Lehrbuchbeiträgen und insbesondere in Schmerzbewältigungs-Gruppenprogrammen (z. B. Basler & Kröner-Herwig, 1998) tendenziell zu wenig differenziert. So werden in dem letztgenannten Manual beispielsweise Listen mit „negativen Gedanken“ und „positiven Gedanken“ an die Patienten ausgeteilt und ausgeführt, dass es wichtig sei, „die negativen, eher schmerzverstärkenden Gedanken durch positive, eher schmerzlindernde Gedanken ersetzen zu können“ (Basler & Kröner-Herwig, 1998, S. 176). Wenn dies einem Patienten nicht in ausreichendem Maße gelingt, kann darunter das Kompetenz- und Selbstwerterleben leiden. Auch ist fraglich, ob eine vorzeitige oder einseitige Fokussierung auf positive Gedanken tatsächlich förderlich ist. Es gibt beispielsweise zahlreiche Belege dafür, dass (übermäßig) positives Denken auch schädlich sein kann (Schütz et al., 2008). So wurde u.a. gezeigt, dass eine positive Einstellung auch negative Einflüsse auf die Bewältigung von Belastungen haben kann (Frese, 1992).

Frede (2007) weist darauf hin, dass das Thema Trauer in der schmerzpsychologischen Fachliteratur kaum oder gar nicht erwähnt wird. Trauer ist hier gemeint als schmerzliche Anerkennung von Irreversibilität und Verlust. Diese Vernachlässigung verwundert, geht es bei chronischen Schmerzen doch nicht nur um eine Reduktion und eine bessere Bewältigung von Schmerzen, sondern wesentlich auch um eine Anpassung an vielfältige Verluste und damit um Trauer und Krankheitsverarbeitung. Eine vorschnelle und einseitige Aufforderung zu positiven Gedanken und Gefühlen kann den Trauer- und Verarbeitungsprozess eher unterdrücken als fördern.

Es bleibt festzuhalten, dass in kognitiv-behavioralen Therapieansätzen die Steigerung von Lebensqualität als zentrales Therapieziel angesehen wird. Die Förderung dieses Therapieziels besteht dabei – zumindest in den manualisierten Schmerzbewältigungsprogrammen (z. B. Basler & Kröner-Herwig, 1998) – hauptsächlich in der Verbesserung von Schmerzbewältigungsfähigkeiten sowie in Instruktionen zur Aufmerksamkeitslenkung auf Positives, einigen Genussregeln und der Aufforderung, vermehrt positiv konnotierte Aktivitäten durchzuführen. Ob damit die therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind, ist eine wichtige Frage.

## 8.5. Therapieziel Lebensqualität

Lebensqualität ist ein sehr mehrdeutiges und unklares Konzept (vgl. z. B. Filipp & Ferring, 1992; Patzig, 1992). Bis heute kann als Kernaussage über Lebensqualität gelten: „kein Mensch ist glücklich, der sich nicht dafür hält“ (Marc Aurel; zitiert nach Filipp & Ferring, 1992, S. 94). Lebensqualität wurde in diesem Sinne als „das Resultat individueller komplexer Bewertungs- und Urteilsprozesse mit Blick auf das eigene Leben“ konzeptualisiert (Filipp & Ferring, 1992, S. 92).

Untersuchungen zur Lebensqualität ergaben, dass objektive Lebensbedingungen (auch Schädigungen wie irreversible Querschnittslähmungen) kaum Vorhersagen darüber zulassen, wie hoch die subjektiv eingeschätzte Lebensqualität ist (Filipp & Ferring, 1992). Hohe Lebensqualität hat in der hier vertretenen Sichtweise vorwiegend etwas mit erlebten und verwirklichten persönlichen Werten zu tun und damit mit individuellen Sinnerfahrungen. Sinnerfahrungen sind bisher wenig beachtet und vergleichsweise wenig empirisch untersucht worden (Tausch, 2008), dennoch unterstreichen die vorhandenen Studien die Bedeutung von Sinnerfahrungen für Lebensqualität und seelische Gesundheit. Es gibt Belege für einen hohen Zusammenhang von Sinnerfahrungen mit seelischer Gesundheit und ebenso von Sinnverlust mit Hoffnungslosigkeit, Passivität, Resignation, Depression, Stress und Aggression (vgl. z. B. Auhagen, 2000; Becker, 1995; Tausch, 2008). Tausch (2008) hat festgestellt, dass Menschen, die einen nahen Angehörigen durch Tod verloren hatten oder von einer schweren chronischen Erkrankung betroffen waren, deutlich weniger seelisch beeinträchtigt waren, wenn sie in ihrem Leben oder in den Geschehnissen einen Sinn sahen. Ebenso konnte eine Studie von Gerbershagen et al. (2008) zeigen, dass hochreligiöse Patienten signifikant häufiger bereit waren, Alltagsaufgaben und Freizeitaktivitäten trotz Schmerzen fortzuführen. Dass es einen engen Zusammenhang zwischen hoher Religiosität und aktivierten Wert- und Sinnsystemen gibt, ist naheliegend.

Vor diesem Hintergrund läge es nahe, den individuellen Wertperspektiven und der „Sinnsuche im Leid“ bei chronischen Erkrankungen einen höheren Stellenwert einzuräumen. Dies wäre beispielsweise durch die Etablierung einer existentiellen Perspektive in der Verhaltenstherapie (in Anlehnung an Noyon & Heidenreich, 2007) möglich. Andererseits

sollte nicht außer Acht gelassen werden, dass es einen engen (signifikanten) Zusammenhang zwischen komorbiden psychischen Störungen und reduzierter Lebensqualität gibt, und dass daher bei vorliegenden komorbiden psychischen Störungen (wie Depression und Angststörungen) selbstverständlich eine adäquate und störungsspezifische Psychotherapie indiziert ist, was bei Erfolg in der Regel eine deutliche Steigerung der Lebensqualität mit sich bringt (Kleese et al., 2008).

## **8.6. Existentielle Psychotherapie und deren Relevanz für die Schmerztherapie**

### **8.6.1. Grundlagen**

Die existentielle Psychotherapie (EP) zeichnet sich in erster Linie durch eine bestimmte therapeutische Haltung aus, und zwar zum einen in der Haltung des Therapeuten der Person des Patienten gegenüber, zum anderen in seiner Sensibilität und Haltung bestimmten Themen gegenüber (Gebler, 2009). Die Notwendigkeit und Bedeutung von Philosophie und Anthropologie wird dabei stark betont.

Der Mensch wird nicht nur als ein lernendes/geschichtliches und soziales Wesen gesehen, das mit biologischen Grundvoraussetzungen in Umweltkontexte eingebunden ist, sondern auch als ein nach Sinn und Bedeutung suchendes Wesen. Der Mensch wird wesentlich und vorrangig als freies und selbstverantwortliches Wesen, das auf Transzendenz bezogen ist, gesehen. Zentrales Moment der EP ist die „mögliche Existenz“ (Jaspers, 1973) des Menschen, die als potentielle spezifische menschliche Weise zu sein umschrieben werden kann, die sich durch Selbstbestimmtheit (Freiheit) und authentisch gelebte Wertbezüge (Transzendenzbezug) auszeichnet. Die existentielle Perspektive widmet daher dem Transzendenzbezug des Menschen besondere Aufmerksamkeit, bestimmten „letzten Dingen“, dem, was den Menschen „unbedingt angeht“ („ultimate concerns“) (Tillich, 1965): seinen Werten, Idealen und dem persönlichen Lebenssinn. Diese sollen in der Therapie

geklärt werden und der Patient soll bei deren Verwirklichung unterstützt werden. Hervorzuheben ist dabei, dass „Existenz“ kein Zielzustand ist, sondern lediglich „Vollzugswirklichkeit“ (Frankl, 2002) hat und damit Prozesscharakter: Der Mensch kann Existenz verwirklichen, er kann es aber auch lassen. Dementsprechend wird in der therapeutischen Beziehung die Selbstbestimmtheit des Patienten, seine Verantwortungsfähigkeit und Sinnbezogenheit betont. Dabei sollte die therapeutische Beziehung, wie aus der humanistischen Psychologie bekannt, von Wertschätzung, Empathie und Authentizität geprägt sein.

Im existentiellen Ansatz geht es insbesondere auch um die Auseinandersetzung mit „existentiellen Themen“, mit den tiefen und existentiellen menschlichen Fragen. Von Bedeutung sind hier nicht nur die individuellen Sinn- und Wertbezüge, sondern auch die Auseinandersetzung mit den sogenannten „Grenzsituationen“ (Jaspers, 1973). Dies sind die Situationen des Lebens, denen der Mensch nicht entkommen kann und die nicht veränderbar sind, und an denen letztlich auch der Verstand scheitert – sie sind Grenze unserer Erkenntnis und Einflussnahme. Jaspers nennt in erster Linie: Tod, Leid, Schuld, Kampf und Zufall. Yalom (2000) nennt neben Tod auch Freiheit, Isolation und Sinnlosigkeit. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass mit Grenzsituationen nicht bestimmte (extreme) äußere Ereignisse gemeint sind, sondern es geht um eine authentische innere Bewusstwerdung und Auseinandersetzung mit diesen Grundsituationen des Lebens: dass ich sterben muss, dass ich nicht ohne Leid leben kann, dass ich unvermeidlich Schuld auf mich lade und dass ich dem Zufall unterworfen bin. Die authentische Auseinandersetzung mit den Grenzsituationen aber hat das Potential Existenz zu erwecken, d. h. die Bewusstwerdung dessen, was für einen Menschen wesentlich ist und dessen umsetzender Vollzug.

Dass gerade durch die Auseinandersetzung mit erlebtem Leid eine Sensibilisierung für Sinnmöglichkeiten stattfinden kann, zeigt beispielsweise die Forschung zur „posttraumatischen persönlichen Reifung“ („posttraumatic growth“; Linley & Joseph, 2004; Gebler, 2008; Tedeschi & Calhoun, 2004). Betroffene von traumatischen Erlebnissen berichten regelmäßig (neben dem negativen posttraumatischen Stress) auch von verschiedenen positiven Veränderungen infolge des Traumas, wie beispielsweise von einer höheren allgemeinen Wertschätzung des Lebens, tieferen und bedeutsameren sozialen Beziehungen oder



einem erfüllteren spirituellen Leben. Dabei wird allerdings angenommen, dass zwischen einer illusorischen, selbsttäuschenden Reifung und einer tatsächlichen, konstruktiven, selbsttranszendenten Reifung unterschieden werden kann (Maercker & Zöllner, 2004). Für Letztere scheint eine authentische, offene Auseinandersetzung mit dem Trauma und seinen Konsequenzen von großer Bedeutung zu sein, während illusorische Reifung mit vermehrtem Vermeidungsverhalten einhergeht (Gebler & Maercker, 2007; Maercker & Zöllner, 2004). Die leidvollen Momente, die den Menschen aus seiner fraglosen Geborgenheit auf sich selbst zurückwerfen, wodurch die Fragen nach sich selbst und dem Wesentlichen dringend werden, wurden als „Existenzielle Konfrontationen“ definiert (Maercker, 1995).

Die EP betont, dass in der Therapie nur ein Raum zur offenen und authentischen Auseinandersetzung mit diesen leidvollen Grunderfahrungen angeboten werden kann, ohne dass der Therapeut Lösungen für diese Fragen des Lebens parat hat. Von großer Bedeutung ist dabei die Grundhaltung, die der Therapeut diesen Grunderfahrungen gegenüber hat und dem Patient gegenüber zeigt. Eine Facette, die dabei von wesentlicher Bedeutung sein kann, ist der von Frankl (2002) so genannte „tragische Optimismus“. Dieser zeigt sich darin, das Leben als tragisch (oder wie Kabat-Zinn (2009, S.20) sagen würde: „die ganze Katastrophe“) anzuerkennen und gleichzeitig die Bereitschaft und den Optimismus aufzubringen, das Leben trotzdem zu bejahen und ihm einen Sinn abzurufen.

### **8.6.2. Relevanz für die Schmerztherapie**

Patienten mit chronischen Schmerzen machen im Laufe ihrer Erkrankung viele Erfahrungen von Unverständnis und (impliziter) Abwertung. Sie erleben sich als abhängig und passiv ausgeliefert an ärztliche Diagnostik und Behandlungsversuche, die nur zu oft enttäuschend enden. Gefühle von Verzweiflung, Hoffnungslosigkeit, Selbstzweifel, Einsamkeit und Sinnlosigkeit sind bei den Patienten häufig zu finden. Ein sehr wichtiges Therapieziel besteht daher darin, dass der Betroffene das Vertrauen in den Wert seiner Person behält bzw. zurückgewinnt (Frede, 2007). Eine therapeutische Grundhaltung, die in erster Linie durch unbedingte Wertschätzung des Patienten geprägt ist und die Selbstbestimmtheit und Selbstverantwortung des Patienten betont, ist damit von hervorgehobener Bedeutung in der Therapie chronischer Schmerzen.



Chronischer Schmerz – als eine in vielen Fällen chronische Krankheit – kann als eine „existenzielle Konfrontation“ angesehen werden. Dem Patienten drängen sich durch seine leidvolle Situation die „Grenzsituationen“ (z. B. Leid, Zufall, Einsamkeit, Sinnlosigkeit, Tod) ins Bewusstsein. Es ist wichtig, diesen Themen einen offenen Raum zur Auseinandersetzung in der Therapie zuzugestehen. Als hilfreich hat sich dabei auch ein begleitendes bibliothераpeutisches Vorgehen bewährt (vgl. Noyon & Heidenreich, 2007), wobei dem Patienten ausgewählte Bücher mit existentieller Thematik empfohlen werden (z. B. Albom (2002) oder Frankl (2006)). Auch Filmsequenzen (z. B. „Schmetterling und Taucherglocke“) können Ausgangspunkt zu kritischen Reflexionen sein. Therapeutisch wichtig bei dieser Auseinandersetzung sind eine entsprechende philosophische Bildung und Haltung des Therapeuten (siehe oben) sowie die Prozesse der Trauer um Verlorenes, Akzeptanz des Unabänderlichen und Transformation des Leidens. Die Transformation des Leidens kann nach und nach insoweit zum Therapieziel werden, dass Ängste ins Leben integriert werden und die nicht weiter zu lindernde Schmerzsituation in Würde getragen wird und evtl. darin vorhandene Sinnverwirklichungsmöglichkeiten gefunden werden. Sinnmöglichkeiten und Lebensqualität basieren überwiegend auf persönlich verbindlichen Werten. Daher gilt es in einer ersten, klärungsorientierten Phase diese individuellen Werthaltungen zu erarbeiten, und zu klären, wie diese Werte im Leben noch verwirklicht werden können. Beispielsweise kann ein Patient, dem der Wert „schöpferisch tätig sein“ wichtig ist, diesen nicht mehr wie früher durch seinen handwerklichen Beruf verwirklichen, dafür jedoch noch durch kleinere Basteltätigkeiten, kleine Gartenarbeiten oder kreatives Malen. Ist ein Wert nicht mehr in einem zufriedenstellenden Maß verwirklichbar, wird es wichtig sein, nach einer Phase des Trauerns diesen Verlust zu akzeptieren, und den Blick dann vermehrt auf die verbliebenen Wertmöglichkeiten zu richten. Hat der Patient Probleme mit der Verwirklichung der erarbeiteten und konkretisierten Werthaltungen im Alltag (beispielsweise wegen sozialer Ängste oder fehlender Handlungskompetenzen), kann hier eine bewältigungsorientierte Unterstützung in der Therapie wichtig sein.

In einem Gruppenprogramm können – neben der therapeutischen Grundhaltung – Module eingeführt werden, bei denen existenzielle Themen angesprochen werden und ein

wertorientierter Fokus etabliert wird. Es können auch sinnorientierte Gruppenübungen, wie beispielsweise bei Tausch (2008) beschrieben, durchgeführt und kritisch nachbesprochen werden.

### **8.6.3. Einschränkungen**

Kritische Aspekte sollen nicht verschwiegen werden. So ist die EP keineswegs ein einheitlicher Ansatz. Grundsätzlich sind zwar alle existentiellen Ansätze in der Existenzphilosophie verankert, jedoch ist diese aufgrund ihrer Vielfältigkeit nur schwer zu definieren. Ebenso sind die diesen Denksystemen entnommenen Begriffe in ihren Bedeutungen und Konnotationen zum Teil so komplex, dass eine einheitliche Betrachtung nahezu unmöglich scheint (vgl. Noyon & Heidenreich, 2007). Bei manchen Begriffen, wie z. B. zur Sinnfrage, werden teilweise sogar Gegenpositionen vertreten (z. B. Frankl vs. Yalom). Insgesamt sind die zentralen Konzepte oft unklar und lassen an begrifflicher Schärfe vermissen, was nicht zuletzt auch in der empirischen Forschung zu Problemen führt. Dementsprechend gehört die EP auch nicht zu den wissenschaftlich anerkannten Verfahren. So gibt es bis dato auch nur eine einzige (und schon ältere) Forschungsarbeit, die sich explizit mit einem existentiellen Therapieansatz bei chronischen Schmerzen beschäftigt hat (Scott, 1972).

## **8.7. EP und CBT – Ähnlichkeiten und Unterschiede**

Es gibt einige Ähnlichkeiten und Überschneidungen zwischen CBT und EP (detailliertere Ausführungen siehe Noyon & Heidenreich, 2007). Auch in der CBT spricht man beispielsweise von Wertschätzung und Selbstbestimmtheit des Patienten oder spielen Ziele und Werte eine Rolle in der Therapie. Unterschiedlich ist in erster Linie die zugrundeliegende Philosophie und Anthropologie sowie die Gewichtung der Therapiekonzepte. Die CBT hat schwerpunktmäßig eine funktionalanalytische Bewältigungsorientierung, und ihre besonderen Stärken sind u. a. in ihrer konkreten Herangehensweise sowie ihrer soliden empirischen Fundierung zu sehen. Die EP dagegen verfügt insbesondere über einen

komplexen philosophischen Hintergrund und einem sehr elaborierten Menschenbild mit einer besonderen Betonung von Freiheit, Verantwortung, Sinn und Werten, was diesen Ansatz insbesondere für eine offene Auseinandersetzung mit den Themen qualifiziert, auf die es keine eindeutigen Antworten mehr gibt und die sich daher einem lösungsorientierten Zugang verschließen.

Eine besonders große Nähe besteht zur aktuell populären „Acceptance and Commitment Therapy“ (ACT) (Hayes et al., 1999), die ebenfalls die Bereiche „Akzeptanz“ und persönlich verbindliche „Ziele und Werte“ betont. Ob ACT jedoch überhaupt zur CBT gezählt werden sollte, wird aktuell kontrovers diskutiert (z. B. Hayes, 2008; Hofmann, 2008). Hayes (2008) sieht ACT als eigenständigen Ansatz und betont den unterschiedlichen philosophischen Hintergrund sowie die Unterschiede in den Psychopathologiemodellen und den relevanten Veränderungsprozessen. CBT-Vertreter argumentieren dagegen, dass es mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede gibt (Hofmann, 2008). Die philosophische und theoretische Grundlage von ACT sei ein „post-Skinnerian“ und verhaltensanalytischer Ansatz, und die von ACT eingesetzten therapeutischen Strategien und Techniken seien weder neu noch spezifisch auf die theoretischen Grundannahmen bezogen (Hofmann, 2008). Tatsächlich sind die meisten Techniken, die von ACT verwendet werden, von anderen Therapierichtungen entliehen: von der humanistischen Bewegung, östlichen Traditionen, der Verhaltenstherapie, mystischen Traditionen und anderen. Dieser Kritikpunkt ist jedoch nicht neu, sondern wurde von Hayes et al. (1999) offen als Eklektizismus beschrieben. Viele dieser Techniken können sicherlich auch innerhalb der CBT zum Einsatz kommen (Hofmann, 2008). Dennoch gibt es einige deutliche Unterschiede zwischen den philosophischen und theoretischen Grundannahmen von ACT und CBT. Ebenso unterscheiden sich die Therapieprotokolle darin, welche Strategien und Techniken schwerpunktmäßig verwendet werden. ACT ist daher sicherlich ein Ansatz, der sich von der modernen, „klassischen“ CBT unterscheidet. Ob ACT dennoch zur Familie der CBT gezählt werden sollte, ist eine Frage, die an dieser Stelle nicht differenziert behandelt werden kann.

EP und ACT haben einige Gemeinsamkeiten. Beide Ansätze gehen von der Annahme aus, dass Leiden zum menschlichen Leben dazugehört und daher „normal“ ist. Sie beto-

nen beide die Bedeutung eines tieferen philosophischen Verständnisses für die Natur des menschlichen Leidens. Sie stimmen auch darin überein, dass ein Ursprung dieses Leidens in einer spezifisch menschlichen Fähigkeit liegt, die früher die „geistige Dimension“ des Menschen genannt wurde. Beide Ansätze heben die Bedeutung von Akzeptanz und Werten in der Therapie hervor.

Bei diesen Gemeinsamkeiten stellt sich die Frage nach den Unterschieden. Obwohl beide Ansätze die Bedeutung und Notwendigkeit von Philosophie betonen, ist der philosophische Hintergrund der Ansätze vollkommen verschieden. Während die existentielle Therapie in der Existenzphilosophie gründet, liegt ACT ein funktionaler Kontextualismus zugrunde (Hayes et al., 1999). Dementsprechend unterschiedlich sind auch das Menschenbild und verschiedene therapeutische Implikationen (wie z. B. Sinnorientierung in der EP vs. Zweckorientierung in der ACT). ACT fokussiert trotz der Grundannahme, dass Leiden normal sei, auf die Heilung von Leid (Hayes et al., 1999, S. 19). Dementsprechend wird das Leid chronischer Schmerzpatienten von manchen ACT-Vertretern als vermeidbar und unnötig angesehen: „The intensity of the suffering depends on the extent of the client’s fusion with thoughts and feelings associated with the pain. (...) In this way, most of the suffering in chronic pain is self-created and unnecessary” (Dahl & Lundgren, 2006, S. 287). Dass diese Perspektive, die das Leid des chronischen Schmerzes als „selbstgemacht“ und „unnötig“ deklariert, von chronischen Schmerzpatienten als abwertend empfunden wird, ist naheliegend. Der existentiellen Perspektive geht es mehr um die Akzeptanz von unabänderlichem Leid und um die Haltung, die der Patient gegenüber seinem Schicksal einnimmt. Die Einstellung gegenüber dem eigenen Schicksal darf dabei durchaus negativwertend sein, bei aller Wertung jedoch akzeptierend, um eine Neuorientierung im Leben zu ermöglichen. Im Sinne von: „Ich finde es schlimm, aber es ist nun einmal so und ich versuche, das Beste daraus zu machen“. Bei dem Konzept der Akzeptanz im Sinn von ACT geht es dagegen um eine „nicht-wertende“ (non-judgemental) Wahrnehmung des augenblicklichen Moments. Ob diese, einer östlichen Philosophie entspringende, nicht-wertende Akzeptanz so einfach von Patienten, die in der westlichen Denktradition sozialisiert sind, gefordert werden kann, ist fraglich. Auch sollen bei ACT im Zuge einer zunehmenden Ak-

zeptanz sinnvolle Aktivitäten (wieder-)aufgenommen und dabei gegebenenfalls verstärkte Schmerzen bereitwillig in Kauf genommen werden (Wicksell et al., 2008). Auch wenn die Wiederaufnahme von Aktivitäten von herausragender Bedeutung in der Therapie chronischer Schmerzen ist, so ist die Empfehlung, verstärkte Schmerzen bereitwillig in Kauf zu nehmen, kritisch zu hinterfragen. Denn dies könnte negative Lern- und Anpassungsprozesse (Schmerzgedächtnis) fördern sowie zu einer ständigen Überforderung der aktuellen individuellen Leistungsgrenzen des Körpers führen. Dies könnte dann längerfristig zu einer stetigen Verschlechterung der Schmerzproblematik führen. Die EP steht hier mit der CBT dem Ansatz nahe, dass es eher um die Wiederaufnahme von (sinnvollen) Aktivitäten im richtigen Maß geht. Daher sollten in erster Linie Aktivitäten durchgeführt werden, die zu keiner wesentlichen Schmerzverstärkung führen. Gleichzeitig wird es als wichtig angesehen, rechtzeitige und ausreichende Erholungspausen zu berücksichtigen. Und schließlich teilt die EP (wie viele andere Therapierichtungen) im Gegensatz zur ACT die Grundannahme der CBT, dass Veränderungen in den Kognitionen Veränderungen in Emotionen und Verhalten nach sich ziehen.

EP und CBT lassen sich gut verbinden und ergänzen einander durch ihre unterschiedlichen therapeutischen Schwerpunkte. Die gute Kombinierbarkeit und der potentielle Nutzen einer Verbindung der beiden sich ergänzenden Ansätze wurden bereits ausführlicher beschrieben (Noyon & Heidenreich, 2007). Kritisch ist die fehlende empirische Fundierung der existentiellen Therapiekonzepte. Auch wenn eine einfache Übertragung nicht gerechtfertigt ist, lassen Forschungsergebnisse von ACT bei chronischen Schmerzen doch – vor dem Hintergrund der gemeinsamen Betonung von Akzeptanz und Wertorientierung – auf die Relevanz der hier dargestellten Aspekte schließen (z. B. Dahl & Lundgren, 2006; Páez-Blarrina et al., 2008; Pull, 2008; Vowles & McCracken, 2008; Wicksell et al., 2008). Studien stützen die Behauptung, dass Akzeptanz eine Hauptrolle in Bezug auf Behandlungserfolg und Verhaltensänderung bei chronischem Schmerz spielt (Vowles & McCracken, 2008). Neueste kontrollierte Studien deuten auf eine leichte Überlegenheit von akzeptanzbasierten Protokollen im Vergleich zu kognitiv-kontrollbasierten Protokollen bei der Bewältigung von laborinduziertem akutem Schmerz hin. Dabei haben all diese Stu-

dien übereinstimmend die große Bedeutung von persönlich verbindlichen Werten hervorgehoben (Páez-Blarrina et al., 2008).

## 8.8. Resümee und Ausblick

Abschließend soll hervorgehoben werden, dass die Integration der CBT in die Behandlung chronischer Schmerzen zu einer wesentlichen Verbesserung derselben beigetragen hat, und dass die CBT die in diesem Bereich zurzeit nachgewiesen wirksamste Psychotherapieform darstellt. Andererseits gibt es auch noch Schwächen und Verbesserungspotentiale, insbesondere in Bezug auf das Therapieziel Lebensqualität. In Rückgriff auf bewältigungstheoretische Konstrukte (Brandtstädter, 2007) könnte postuliert werden, dass bisher der akkommodative Modus (flexible Anpassung von Zielen und Einstellungen) gegenüber dem assimilativen Modus (beharrliche Zielverfolgung durch Versuche die Schmerzsituation zu verändern) vernachlässigt wurde. Dabei wurde beispielsweise von Schmitz et al. (1996) nachgewiesen, dass akkommodativen Prozessen eine wichtige Rolle bei der Bewältigung chronischer Schmerzen zukommt, insbesondere in zeitlich fortgeschrittenen Stadien der Chronifizierung. Hohe akkommodative Flexibilität trug dabei zu einer Reduktion der schmerzbedingten Behinderung bei, wobei schmerzbedingte Behinderung in engem umgekehrten Zusammenhang zu gesundheitsbezogener Lebensqualität steht. Schmerzakzeptanz wird als Bestandteil akkommodativer Prozesse gesehen. Das Thema „Akzeptanz“ ist daher nicht neu in der Schmerztherapie; schon die ersten deutschsprachigen Schmerzpsychotherapiebücher haben Schmerzakzeptanz als Hauptziel angeführt (Keeser et al., 1982). Akzeptanz im hier dargestellten Rahmen bezieht sich jedoch nicht nur auf den Schmerz, sondern vielmehr auf die leidvollen Situationen des Lebens an sich. Insgesamt gesehen sollten akkommodative Prozesse und damit Themen wie Leid, Akzeptanz, Trauer, Reifung und Sinnmöglichkeiten stärkere Beachtung in den kognitiv-behavioralen Konzeptionen finden.

Eine neue Beachtung des theoretischen Reichtums der EP zu diesen Themen könnte für eine weitere Verbesserung der Schmerzpsychotherapie gewinnbringend sein. Nicht im Sinne eines „neuen Ansatzes“, sondern durch die Integration einer existentiellen Perspektive in die etablierten und effektiven Ansätze. Insbesondere sind dies Aspekte der Therapeut-Patient-Beziehung, des Menschenbildes und der damit verbundenen vermehrten Berücksichtigung bestimmter Themen wie Lebenssinn, Würde, Reifung, Leid und Akzeptanz des Unabänderlichen (vgl. Noyon & Heidenreich, 2007). Von besonderer Relevanz sind Werte und Sinnerfahrungen, die von der kognitiv-behavioralen Schmerztherapie (mit Ausnahme von ACT, wenn man sie zur CBT zählt) bisher weitgehend vernachlässigt wurden. Durch aktuelle Studien zu ACT bei chronischen Schmerzen wird jedoch die Bedeutung von Akzeptanz und Werten zunehmend empirisch untermauert, was unterstreicht, dass es lohnenswert sein kann, die hier dargestellten Überlegungen weiter zu verfolgen.

### Conflict of Interest

Der Autor erklärt, dass es keinerlei Interessenkonflikte gibt.

## 8.9. Literatur

- Albom, M. (2002). *Dienstags bei Morrie: Die Lehre eines Lebens*. München: Goldmann.
- Auhagen, A. E. (2000). On the psychology of meaning of life. *Swiss Journal of Psychology*, 59 (1), 34–48.
- Basler, H.-D. & Kröner-Herwig, B. (1998). *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen: Das Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie* (2. Aufl.). München: Quintessenz.
- Beck, D. (1977). Das „Koryphäen-Killer-Syndrom“. Zur Psychosomatik chronischer Schmerzzustände. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 102, 303–307.
- Becker, P. (1995). *Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle: Eine integrative Persönlichkeitstheorie und ihre klinische Anwendung*. Göttingen: Hogrefe.



- Brandtstädter, J. (2007). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modellassimilativer und akkomodativer Prozesse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (1. Aufl., S. 413–445). Stuttgart: Kohlhammer.
- Dahl, J. & Lundgren, T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Chronic Pain. In R. A. Baer (Hrsg.), *Mindfulness-based treatment approaches. Clinician's guide to evidence base and applications*. Amsterdam; Boston: Elsevier, Academic Press.
- Diers, M. (2009). Funktionelle Bildgebung bei chronischen Schmerzerkrankungen: Implikationen für die Therapie. *Verhaltenstherapie*, 19 (2), 86–93.
- Filipp, S. H. & Ferring, D. (1992). Lebensqualität und das Problem ihrer Messung. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit. Modebegriff oder neues Denken?: Referate gehalten auf dem Symposium der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften Hamburg am 23. August 1991* (S. 89–109). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Flor, H. & Hermann, C. (2006). Neuropsychotherapie bei chronischen Schmerzen: Veränderung des Schmerzgedächtnisses durch Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 16 (2), 86–94.
- Flor, H. & Hermann, C. (2007). Kognitiv-behaviorale Therapie. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 603–616). Heidelberg: Springer.
- Fordyce, W. E. (1995): *Back pain in workplace. Task force on the pain in the workplace*. Seattle: IASP Press.
- Frankl, V. E. (2002). *Logotherapie und Existenzanalyse: Texte aus sechs Jahrzehnten*. Weinheim: Beltz.
- Frankl, V. E. (2006). *Trotzdem Ja zum Leben sagen: Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager* (27. Aufl.). München: dtv.



- Franz, C. & Bautz, M. (2007). Interaktionsverhalten des Patienten mit „chronisch unhandelbarem Schmerz“. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 539–549). Heidelberg: Springer.
- Frede, U. (2007). Praxis psychologischer Schmerztherapie – kritische Reflexion aus der Patientenperspektive. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 637–653). Heidelberg: Springer.
- Frese, M. (1992). A plea for realistic pessimism: On objective reality, coping with stress and psychological dysfunction. In L. Montada, S.-H. Filipp & M. J. Lerner (Hrsg.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (S. 81–94). Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Gebler, F. A. (2008). *Trauma, Existenz und Expressives Schreiben: Traumabewältigung durch Schreibinterventionen mit Bezug zu Sinn und Existentialität*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller.
- Gebler, F. A. (2009). *Die existentielle Perspektive in der Psychotherapie*. Schwangau: Quellwasser-Verlag.
- Gebler, F. A. & Maercker, A. (2007). Expressives Schreiben und Existentialität bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse. *Trauma und Gewalt* 1 (4), 264–272.
- Gerbershagen, K., Trojan, M., Kuhn, J., Limmroth, V. & Bewermeyer, H. (2008). Bedeutung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität und Religiosität für die Akzeptanz von chronischen Schmerzen. *Schmerz*, 22 (5), 586–593.
- Hasenbring, M. & Pfingsten, M. (2007). Psychologische Mechanismen der Chronifizierung - Konsequenzen für die Prävention. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 103–122). Heidelberg: Springer.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 (4), 286–295.

- Hayes, S. C., Strosahl, K. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 (4), 280–285.
- Jaspers, K. (1973). *Philosophie II: Existenzerhellung* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Gesund durch Meditation: Das große Buch der Selbstheilung*. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.
- Keeser, W., Pöppel, E. & Mitterhusen, P. (1982). *Schmerz*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Kleese, C., Baumeister, H., Bengel, J. & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. *Psychotherapeut*, 53, 49–62.
- Kouyanou, K., Pither, C. E., Rabe-Hesketh, S. & Wessely, S. (1998). A comparative study of iatrogenesis, medication abuse, and psychiatric morbidity in chronic pain patients with and without medically explained symptoms. *Pain*, 76 (3), 417–426.
- Kriz, J. (2007). *Grundkonzepte der Psychotherapie* (6. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kröner-Herwig, B. (2005). Verhaltenstherapie bei Schmerzen. *PiD – Psychotherapie im Dialog*, 6 (1), 76–81.
- Kröner-Herwig, B. (2007a). Schmerz – eine Gegenstandsbeschreibung. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 7–19). Heidelberg: Springer.
- Kröner-Herwig, B. (2007b). Verhaltenstherapie bei chronischen Schmerzen. *Psychotherapie in Psychiatrie, Psychotherapeutischer Medizin und Klinischer Psychologie*, 12 (1), 124–133.
- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2007). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 513–538). Heidelberg: Springer.

- Linley, P. A. & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (1), 11–21.
- Maercker, A. (1995). *Existenzielle Konfrontation: Eine Untersuchung im Rahmen eines psychologischen Weisheitsparadigmas*. Berlin: Max-Planck-Institut für Bildungsforschung.
- Maercker, A. & Zöllner, T. (2004). The Janus face of self-perceived growth: Toward a two-component model of posttraumatic growth. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 41–48.
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80 (1-2), 1–13.
- Nachemson, A. L. (1992). Newest knowledge of low back pain. A critical look. *Clinical orthopaedics and related research*, 279, 8–20.
- Noyon, A. (2004). Achtsamkeit und Akzeptanz in der existenziellen Psychotherapie. In T. Heidenreich & J. Michalak (Hrsg.), *Achtsamkeit und Akzeptanz in der Psychotherapie. Ein Handbuch*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Noyon, A. & Heidenreich, T. (2007). Die existenzielle Perspektive in der Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie*, 17, 122–128.
- Paez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutierrez-Martinez, O., Valdivia, S., Ortega, J. & Rodriguez-Valverde, M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 84–97.
- Patzig, G. (1992). Lebensqualität in der Geschichte der Philosophie. In G. Seifert (Hrsg.), *Lebensqualität in unserer Zeit. Modebegriff oder neues Denken?: Referate gehalten auf dem Symposium der Joachim Jungius-Gesellschaft der Wissenschaften Hamburg am 23. August 1991* (S. 33–46). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Pfingsten, M. (2007). Psychotherapeutische und psychologische Verfahren. In R. Baron (Hrsg.), *Praktische Schmerztherapie* (S. 175–184). Heidelberg: Springer.
- Pull, C. B. (2009). Current empirical status of acceptance and commitment therapy. *Current Opinion in Psychiatry*, 22 (1), 55–60.

- Rief, W., Treede, R.-D., Schweiger, U., Henningsen, P., Rüddel, H. & Nilges, P. (2009). Neue Schmerzdiagnose in der deutschen ICD-10-Version. *Nervenarzt*, 80 (3), 340–342.
- Schmitz, U., Saile, H. & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67, 41–51.
- Schütz, A., Hertel, J. & Heindl, A. (2008). Positives Denken. In A. E. Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben* (2. Aufl., S. 15–30). Weinheim: Beltz.
- Scott, J. D. (1972). *Comparative effectiveness of existential and behavioral group counseling in reducing pain apperception in individuals experiencing chronic low back pain*. Unveröffentlichte Dissertation, University of Southern California.
- Sternbach, R. A. (1968). *Pain: A Psychophysiological Analysis*. New York: Raven Academic Press.
- Tausch, R. (2008). Sinn in unserem Leben. In A. E. Auhagen (Hrsg.), *Positive Psychologie. Anleitung zum „besseren“ Leben* (2. Aufl., S. 97–113). Weinheim: Beltz.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 15 (1), 1–18.
- Tillich, P. (1965). *Der Mut zum Sein*. Hamburg: Furche.
- Treede, R. D. (2007). Entstehung der Schmerzchronifizierung. In R. Baron (Hrsg.), *Praktische Schmerztherapie* (S. 3–12). Heidelberg: Springer.
- Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and values-based action in chronic pain: A study of treatment effectiveness and process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76 (3), 397–407.
- Wicksell, R. K., Ahlqvist, J., Bring, A., Melin, L. & Olsson, G. L. (2008). Can exposure and acceptance strategies improve functioning and life satisfaction in people with chronic pain and whiplash-associated disorders (WAD)? A randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37 (3), 169–182.
- Yalom, I. D. (2000). *Existenzielle Psychotherapie* (3. Aufl.). Köln: Edition Humanistische Psychologie.

---

Zimmermann, M. (2007). Physiologie von Nozizeption und Schmerz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 21–62). Heidelberg: Springer; Springer.

## **9. Artikel 2:**

### **Integration einer existenziellen Perspektive in ein kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm. Eine Kontrollgruppenstudie im stationären Setting.**

Gebler, F. A. & Maercker, A. (2012). Integration einer existenziellen Perspektive in ein kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm. Eine Kontrollgruppenstudie im stationären Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(2), S. 90–100.

#### **Schlüsselwörter**

Existenzielle Psychotherapie, Kognitive Verhaltenstherapie, Schmerzbewältigungsprogramm, Akzeptanz, Wertorientierung

#### **Keywords**

existential psychotherapy, cognitive behavioral therapy, pain management programs, acceptance, value orientation

## 9.1. Zusammenfassung

**Hintergrund:** In der vorliegenden Studie wird das Einbeziehen einer existenziellen Perspektive in ein kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm empirisch überprüft. Die existenzielle Perspektive hat einen akkommodativen Schwerpunkt im Gegensatz zum assimilativen Fokus herkömmlicher Programme. **Hypothesen:** Beide Behandlungsgruppen sollten im Prä-Post-Vergleich eine signifikant geringere schmerzbedingte Behinderung als auch eine signifikant höhere Lebensqualität aufweisen. Die Experimentalgruppe sollte darüber hinaus einen signifikant höheren Therapieerfolg als die Kontrollgruppe aufweisen. **Methode:** 149 Patienten mit chronischen Schmerzen nahmen im Rahmen eines interdisziplinären Klinikaufenthaltes entweder an einer rein kognitiv-behavioralen Schmerzbewältigungsgruppe (n = 70) oder an einem existenziell ergänzten Gruppenprogramm (n = 79) teil. Die Auswertung der Prä-Post-Vergleiche erfolgte mit einer MANOVA mit Messwiederholung sowie nachfolgenden zweifaktoriellen Varianzanalysen mit Messwiederholung. **Ergebnisse:** Beide Behandlungsgruppen zeigen signifikante Verbesserungen bei großen Effektstärken. Die Experimentalgruppe zeigt darüber hinaus einen signifikant höheren Therapieerfolg hinsichtlich schmerzbedingter Behinderung bei kleiner Effektgröße. Weiterhin ergaben sich ein differenzieller Effekt für die Personen mit niedrigerem Ausbildungsgrad sowie höhere Zufriedenheitswerte für die existenzielle Intervention. **Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse zeigen, dass auch im Rahmen eines umfassenden stationären Klinikaufenthaltes die Implementierung einer existenziellen Intervention einen bedeutsamen zusätzlichen Effekt haben kann. Dies scheint insbesondere für die große Gruppe der Patienten mit formal niedrigerem Ausbildungsgrad zu gelten.

## Abstract

**Background:** The present study investigates the efficacy of a customary cognitive behavioral group-program for chronic pain in comparison with the same group-program that includes an existential perspective. The existential perspective comprises an accommoda-

tive focus in contrast to the more assimilative focus of customary programs. **Hypotheses:** Both treatment groups are expected to show a significantly lower pain-related disability and a significantly higher quality of life in a pre-post comparison. Furthermore, the experimental group expected show a significant higher therapeutic success. **Methods:** In the context of an interdisciplinary hospitalization 149 patients with chronic pain took part in either a cognitive-behavioral pain-management program ( $n = 70$ ) or in a group program that included an existential perspective ( $n = 79$ ). Repeated-measure multivariate analysis of variance (MANOVA) was used to test statistical significance, followed by repeated-measures analyses of variance (ANOVAs). **Results:** Both treatment groups show significant improvements with large effect sizes in addition. The experimental group shows, a significantly higher therapeutic success with a small effect size in regard to pain-related disability. However there is a differential effect for patients with a lower level of education and a larger contentment with the existential intervention. **Conclusions:** The results of this study suggest that the implementation of an existential intervention in an extensive hospitalization has a significant additional effect. This appears to apply especially to the large group of patients with a lower level of education.

## 9.2. Hintergrund und Fragestellung

Chronische Schmerzen sind mit vielfältigen negativen Konsequenzen verbunden. Zum einen verursachen chronische Schmerzen und deren Folgen immense volkswirtschaftliche Belastungen (Gatchel & Okifuji, 2006). Zum anderen sind Patienten mit chronischen Schmerzen mit Belastungen und Beeinträchtigungen konfrontiert, die sie als Person in allen Lebensbereichen einschränken. So sind chronische Schmerzen regelmäßig mit Einschränkungen in den Dimensionen der Aktivitäten (z. B. körperlich, beruflich, sozial, kulturell), des Befindens (z. B. Schmerz als unangenehmes Sinneserlebnis, Ängste, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Niedergeschlagenheit), der sozialen Funktionen (z. B. in Partnerschaft, Familie, Freundeskreis, Arbeit, Vereine), der wirtschaftlichen Absiche-



rung (z. B. Einschränkungen am Arbeitsplatz, Arbeitsplatzverlust, finanzielle Verluste), des Selbstverständnisses (z. B. Veränderungen im Selbstbild, Selbstwertverlust, Verlust von Selbstvertrauen) oder der Zukunftsperspektiven (z. B. Unsicherheit bzgl. der Krankheitsentwicklung, Verwirklichbarkeit von Lebenszielen) verbunden (vgl. z. B. Frede, 2007; Kröner-Herwig & Frettlöh, 2007). Chronische Schmerzen gehen daher mit erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität einher (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen & Gallacher, 2010) und können zu anhaltender schmerzbedingter Behinderung führen (Dillmann, Nilges, Saile & Gerbershagen, 1994). Die Erforschung und Weiterentwicklung hilfreicher Therapieansätze ist daher von großer Bedeutung.

In der Therapie chronischer Schmerzen haben sich interdisziplinäre Programme mit biopsychosozialer Perspektive etabliert. Dabei sind neben somatischen und körperlich übenden Verfahren auch psychologische Ansätze von Bedeutung, wobei die kognitiv-behaviorale Therapie (CBT) die in diesem Bereich zurzeit nachgewiesen wirksamste Psychotherapieform ist. Im stationären Setting haben sich als Bestandteil eines interdisziplinären Therapierahmens kognitiv-behaviorale Schmerzbewältigungstrainings bewährt. Die dort vermittelten Copingstrategien lassen sich unter Bezugnahme auf den bewältigungstheoretischen Ansatz von Brandstädter (2007) überwiegend dem assimilativen Modus zuordnen. Unter assimilativer Bewältigung fasst man Versuche, die Situation so zu verändern, dass Diskrepanzen zu persönlichen Zielen und Wünschen beseitigt oder verringert werden (beharrliche Zielverfolgung; z. B. Techniken der Aufmerksamkeitslenkung zur Schmerzreduktion). Assimilative Copingstrategien sind jedoch nicht die einzige sinnvolle Möglichkeit chronischen Schmerzen zu begegnen. Teilweise können sie potentiell auch zu negativen Effekten und größeren Belastungen der Patienten führen (z. B. vermehrte Frustration und Selbstzweifel, wenn die erwartete Schmerzreduktion ausbleibt; vgl. Gebler, 2010).

Nach der Konzeption von Brandstädter (2007) sollten die assimilativen Bewältigungsstrategien durch akkommodative ergänzt werden. Akkommodative Strategien beziehen sich auf das Vermögen, Ziele und Einstellungen flexibel an die gegebenen Umstände anpassen zu können, um dadurch ebenfalls Zieldiskrepanzen zu reduzieren. Sie sind be-

sonders dann von Bedeutung, wenn die Lebensumstände nur schwer oder gar nicht in die gewünschte Richtung veränderbar erscheinen. Für viele Patienten mit chronischen Schmerzen sind die Zukunftsperspektiven jedoch oft unklar und unsicher, insbesondere wenn es keine klaren somatischen Befunde für die Schmerzen gibt. Es überwiegt die Erwartung bzw. Hoffnung auf eine sichere Diagnosestellung mit klaren und erfolgreichen Therapieoptionen, obwohl durch wiederholte Enttäuschungen die Zweifel am medizinischen System und an der eigenen Person wachsen (Franz & Bautz, 2007). Daher ist bei Patienten mit chronischen Schmerzen die Wahrscheinlichkeit reduziert, dass sie spontan akkommodative Copingstrategien anwenden. Dies gilt beispielsweise für das Akzeptieren der chronischen Schmerzen und der damit verbundenen Einschränkungen, obwohl Akzeptanz bei chronischen Erkrankungen prinzipiell eine sinnvolle Umgangsmöglichkeit darstellt. Studien bestätigen den positiven Einfluss von Schmerzakzeptanz auf verschiedene gesundheitsbezogene Maße, wie beispielsweise Schmerzintensität, Einnahme von Schmerzmitteln, körperliche Behinderung, Inaktivität, schmerzbezogene Ängste oder Depression (McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Eccleston & Keefe, 2005). Wenn kontroll-orientierte (assimilative) und schmerzakzeptanz-orientierte (akkommodative) Copingstrategien auf ihren Zusammenhang mit Stress und Behinderung untersucht werden, zeigen die kontroll-orientierten Strategien schwache positive Zusammenhänge mit einem schlechten Funktionsniveau während akzeptanz-orientierte Strategien starke positive Zusammenhänge mit einem guten Funktionsniveau aufweisen (McCracken & Eccleston, 2003, 2006). Akkommodative Copingstrategien mit einer Steigerung der psychischen Flexibilität zeigen insgesamt konsistent positive Effekte auf gesundheitsbezogene Maße (Schmitz, Saile & Nilges, 1996; Vowles & McCracken, 2010). Diese Befunde verweisen auf die Bedeutung von Interventionen, die auf eine Förderung des akkommodativen Bewältigungsmodus abzielen.

Bei chronischen Schmerzen ist regelmäßig das Selbstbild der Patienten beeinträchtigt. Selbstwertverlust und mangelhaftes Selbstvertrauen wiederum stehen in engem Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen oder Problemen (Potreck-Rose & Jacob, 2008). So finden sich bei chronischen Schmerzen auch häufig komorbid psychische Stö-

rungen, welche die Patienten zusätzlich belasten und das Coping mit der Erkrankung erschweren (Kleese, Baumeister, Bengel & Härter, 2008). Auch wenn hier unidirektionale Erklärungsmodelle zu kurz greifen und vielmehr von einer komplexen Interaktion ausgegangen werden muss, so sollte dennoch ein wichtiges Therapieziel darin bestehen, dass die Patienten das Vertrauen in den Wert der eigenen Person zurückgewinnen und aufrechterhalten können. Den Patienten sollten daher u. a. Erfahrungen ermöglicht werden, dass persönlich bedeutsame Werte trotz chronischer Krankheit gelebt und im Alltag verwirklicht werden können. Die Verwirklichbarkeit von Werten und Lebenszielen ist von zentraler Bedeutung für die subjektive Lebensqualität. Darüber hinaus zeigt eine aktuelle Studie den Einfluss von aktivierten Wertstrukturen bei der Schmerzverarbeitung auf. Demnach resultiert eine signifikant höhere Schmerztoleranz im Eiswassertest, wenn zu einer akzeptanz-orientierten Intervention eine werte-orientierte Komponente hinzugefügt wird (Branstetter-Rost, Cushing & Douleh, 2009). Individuellen Wertstrukturen sollte daher in der Therapie chronischer Schmerzen vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Seit einigen Jahren gibt es im Bereich der Schmerzforschung zahlreiche Studien zur Acceptance and Commitment Therapy (ACT), die u. a. Akzeptanz und Werteorientierung betont (z. B. McCracken, Vowles & Gauntlett-Gilbert, 2007; Paez-Blarrina, Luciano, Gutierrez-Martinez, Valdivia, Ortega & Rodriguez-Valverde, 2008; Vowles & McCracken, 2008). Der Ansatz von ACT kann überwiegend dem akkommodativen Modus zugerechnet werden und die relevanten Studien zeigen, auch im Vergleich zu dem kontrollorientierten Ansatz der CBT, konsistent positive Effekte. Dabei ist das Verhältnis zwischen ACT und CBT überwiegend von Konkurrenz geprägt und deren Vertreter diskutieren, ob die beiden Ansätze als eigenständig zu betrachten sind oder ob ACT unter die CBT gefasst werden sollte (Hayes, 2008; Hofmann, 2008).

Die vorliegende Studie beinhaltet die Überprüfung eines Ansatzes, der assimilative und akkommodative Strategien integriert. Ein solcher Ansatz beinhaltet kontrollorientierte Strategien in Bezug auf Schmerz Aspekte, die gewöhnlich beeinflussbar sind, akzeptanzorientierte Strategien auf die Aspekte der Erkrankung, die nicht oder wenig beeinflussbar sind, sowie das Fördern eines werteorientierten Fokus im Lebensalltag der Patienten. Dies

wird auf der Grundlage der Integration einer existenziellen Perspektive in ein klassisches kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm konzipiert. Obwohl der theoretische Hintergrund der Existenziellen Psychotherapie (EP) nur schwer zufriedenstellend definiert werden kann, so kann sie doch durch ihr spezifisches Menschenbild, die Therapeutenhaltung sowie die Hervorhebung bestimmter Themen wie Tod, Leid, Schuld, Akzeptanz leidvoller Grunderfahrungen sowie die Bedeutung von Werten und Sinnorientierung charakterisiert werden (Frankl, 2002; Gebler, 2009; Yalom, 2000). In der EP bezieht sich der Begriff „Akzeptanz“ auf das Anerkennen der tragischen Aspekte des menschlichen Lebens. Sie bestärkt eine Haltung, die von Frankl (2002) als „tragischer Optimismus“ bezeichnet wurde – das Anerkennen des Lebens als tragisch, das trotzdem sinnvoll sein kann, zuletzt durch die Art und Weise, wie sich der Mensch zu seinem Leid und seinem Schicksal einstellt. Aus existenzieller Perspektive geht es daher nicht um eine spezifische Schmerzakzeptanz, sondern um eine übergreifendere Akzeptanz der unveränderlichen Leiderfahrungen im menschlichen Leben. Lediglich eine Studie hat sich bisher mit dem Unterschied von spezifischer Schmerzakzeptanz und genereller Akzeptanz beschäftigt und konnte zeigen, dass generelle Akzeptanz unabhängig von Schmerzakzeptanz und Achtsamkeit einen eigenen Beitrag bzgl. schmerzbedingter Behinderung leistet (McCracken & Zhao-O’Brien, 2010). Die EP hebt insbesondere die Sinnorientierung des Menschen hervor, was für Menschen mit chronischen Schmerzen von großer Relevanz ist, da chronische Schmerzen oft das Leben der Betroffenen nachhaltig beeinträchtigen. Die EP sieht den Menschen in erster Linie als freies und verantwortliches Wesen und betont damit seine Fähigkeit, immer noch zuletzt entscheiden zu können, wer er ist, entgegen aller Widrigkeiten. Daher ist die Therapeutenhaltung von Respekt, sokratischer Zurückhaltung, unbedingter Wertschätzung, Empathie und Authentizität geprägt. Diese Aspekte, die von der humanistischen Psychologie wohlbekannt sind, sind in der Therapie chronischer Schmerzen von besonderer Bedeutung. Während des Prozesses der Chronifizierung machen die Patienten oft Erfahrungen von Unverständnis und (impliziter) Abwertung. Sie erfahren sich als abhängig vom medizinischen System und passiv ausgeliefert an medizinische Diagnosestellungen und Behandlungsversuche, die oft enttäuschend enden. Es ist daher von

Bedeutung, dass die Patienten sich als freie, selbstbestimmte, selbstverantwortliche und wertvolle Personen erfahren, die trotz chronischer Schmerzen ein sinnvolles Leben führen können – für diese Aufgabe ist der existenzielle Ansatz gut gerüstet (für eine genauere Darstellung des Ansatzes, seine Integration in die CBT und dessen Unterschiede zur ACT in der Therapie chronischer Schmerzen: Gebler, 2010).

Folgende Hypothesen wurden untersucht: (1) Beide Behandlungsgruppen sollten nach dem Klinikaufenthalt eine signifikant geringere schmerzbedingte Behinderung als auch eine signifikant höhere Lebensqualität aufweisen. Für diesen Haupteffekt über die Zeit wird ein großer Effekt erwartet. (2) Die Experimentalgruppe sollte darüber hinaus einen signifikant höheren Therapieerfolg als die Kontrollgruppe aufweisen. Da es sich um den Vergleich von zwei aktiven Treatments handelt und es sich in Bezug auf das Gesamtbehandlungsprogramm gesehen nur um eine geringe Interventionsveränderung handelt, ist lediglich ein kleiner Effekt zu erwarten. (3) Eine Studie (Kuhnt, Haase, Babel & Klimczyk, 2010) hat gezeigt, dass Patienten mit geringerem Ausbildungsgrad deutlich weniger von dem interdisziplinären Therapieangebot mit rein kognitiv-behavioraler Schmerzbewältigungsgruppe profitieren als Patienten mit höherem Ausbildungsgrad. Dieses Muster sollte sich in der Kontrollgruppe wiederholen, und es interessiert, ob sich dieses Muster auch in der Experimentalgruppe zeigt. (4) Zuletzt gehen wir davon aus, dass die Experimentalgruppe aufgrund der humanistischen Basis der existenziellen Intervention höhere globale Zufriedenheitsschätzungen mit dem Klinikaufenthalt angibt.

## **9.3. Methoden**

### **9.3.1. Studiendesign**

Die vorliegende Studie wurde an dem interdisziplinären Schmerzzentrum der Fachklinik Enzensberg durchgeführt. Bei dieser Untersuchung handelt es sich um eine nicht-randomisierte Kontrollgruppenstudie mit zwei aktiven Behandlungsgruppen und mit zwei

Messzeitpunkten (Prä-Post-Vergleiche). Die Zuweisung der Studienteilnehmer zu einer der beiden Behandlungsgruppen erfolgte durch die unterschiedlichen Zeitperioden, in denen die Behandlungsprogramme durchgeführt wurden. Die Erhebungsphase der Kontrollgruppe (KG; reines kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm) fand von Dezember 2009 bis April 2010 statt; die Erhebungsphase der Experimentalgruppe (EG; existenziell erweitertes Gruppenprogramm) dauerte von August bis Dezember 2010. Da die Patienten während der Behandlung zusammen in der Klinik lebten, wurde dieses Design einer Randomisierung vorgezogen, um Interaktionen zwischen den Behandlungsgruppen zu vermeiden.

### **9.3.2. Stichprobe**

Die Stichprobe besteht aus konsekutiv zur Behandlung in der Klinik aufgenommenen Patienten. Es wurden insgesamt 415 Patienten eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Die Patienten wurden über den Hintergrund der Studie aufgeklärt und erhielten nach ihrem schriftlichen Einverständnis den Prä-Test-Fragebogen. Es erklärten sich insgesamt 214 deutschsprachige (Deutsch als Muttersprache) Patienten zur Teilnahme an der Studie bereit. Diejenigen, die eine Teilnahme ablehnten, nannten folgende Gründe: bereits zu viele Fragebögen für die Klinik ausfüllen müssen, Müdigkeit, kein Interesse oder sie enthielten sich einer Begründung. Von den 214 Teilnehmern liegen von 149 die Fragebögen zu beiden Messzeitpunkten vor. Von den 65 Patienten, die den zweiten Fragebogen nicht abgegeben haben, liegen keine Begründungen vor. Vermutlich wurde es von einem großen Teil schlicht vergessen, da der Post-Test-Fragebogen erst kurz vor Abreise ausgehändigt wurde. Vergleichsanalysen zwischen den Patienten, von denen Daten zu beiden Messzeitpunkten vorliegen, und denen, die den zweiten Fragebogen nicht abgegeben haben, ergaben ein signifikantes Ergebnis für die Gruppenzugehörigkeit (mehr Drop-outs in der KG). Keine signifikanten Unterschiede ergaben sich dagegen bezüglich Schmerzstärke, Schmerzdauer, Chronifizierungsgrad, Multilokularität der Schmerzen, schmerzbedingter Behinderung, Lebenszufriedenheit, Alter, Geschlecht und Ausbildungsgrad. Damit sind in der aktuellen Stichprobe (N) 149 Patienten, davon 70 in der Kontrollgruppe und 79 in der Experimentalgruppe.

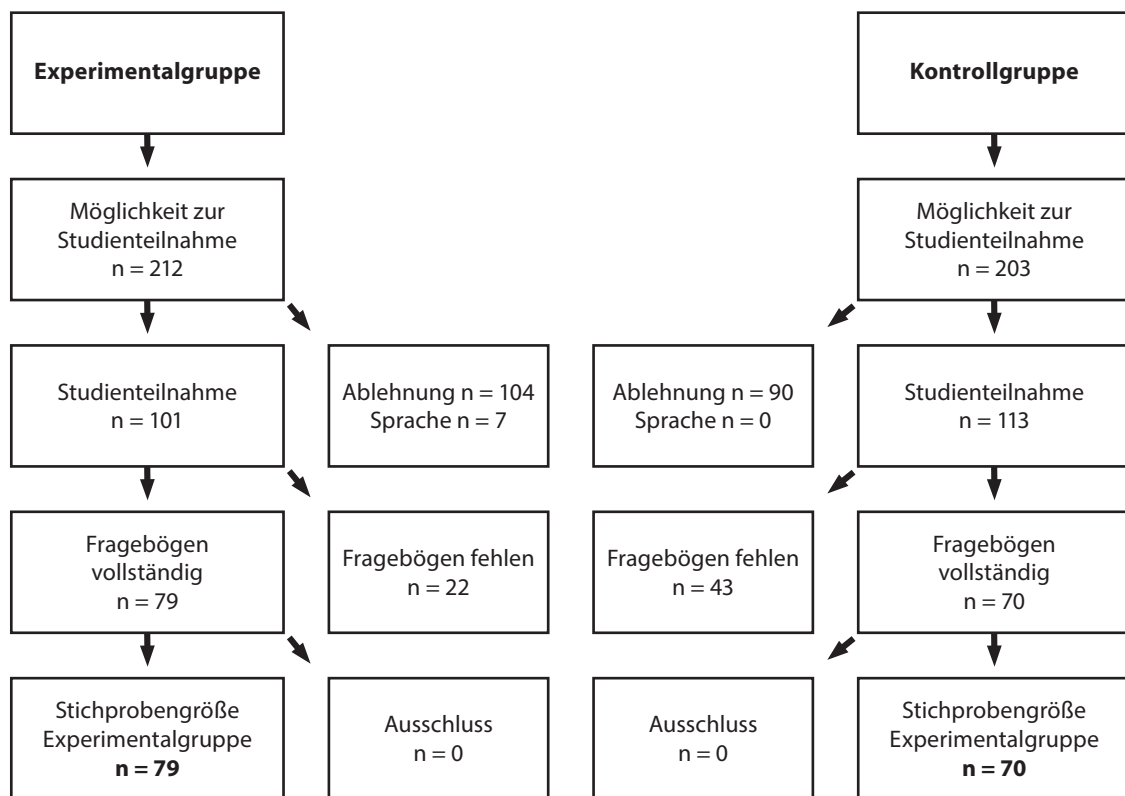


Abbildung 1.1: Flussdiagramm zur Stichprobenentwicklung

Die Patientengruppen sind charakteristisch für dieses Behandlungssetting und sind in den wesentlichen Merkmalen vergleichbar (siehe Tabellen 1 und 2). Um mögliche Unterschiede zwischen der KG und der EG zu untersuchen wurden t-Tests und chi-quadrat-Tests berechnet. Es ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Behandlungsgruppen. Die durchschnittliche Schmerzdauer beträgt 9,9 Jahre (SD = 8,9; Bereich: 1,0 – 50,0) und die durchschnittliche Schmerzstärke der letzten 4 Wochen war hoch: auf einer numerischen Skala von 0-10 betrug der durchschnittliche Wert 6,1 (SD = 1,5). Die Patienten gaben überwiegend multilokuläre Schmerzen an (80%) und sie waren fast ausschließlich (93,1%) dem Chronifizierungsgrad III des Mainzer Pain Staging System (MPSS; Gerbershagen, Lindena, Korb, & Kramer, 2002) zuzuordnen. Das Alter der Patienten lag zwischen 21 und 74 Jahren (M = 50,5, SD = 10,3), es sind etwas mehr Frauen (55%) als Männer (45%) vertreten, die Mehrheit ist verheiratet (65,8%) und lebt mit anderen Menschen zusammen in einem Haushalt (mehr als 80%). Der Großteil der Patienten hat einen Hauptschul- oder Realschulabschluss und etwas mehr als die Hälfte war aktuell berufstätig.

Tabelle 3.1: Stichprobenmerkmale – Soziodemographie

Merkmal	KG	EG	Tests auf Gleichheit	
			Kennwert	$p \leq \alpha$ ?
N	70	79		
Alter			T = 0.82	A- $H_0$
Mittelwert (SD)	51,3 (11,0)	49,9 (9,7)		
Minimum-Maximum	23-74	21-73		
Geschlecht (%)			$\chi^2 = 0.02$	A- $H_0$
Weiblich	54,3	55,6		
Männlich	45,7	44,4		
Familienstand (%)			$\chi^2 = 1.55$	A- $H_0$
Ledig	18,6	12,7		
Verheiratet	65,7	65,8		
Geschieden	14,3	19,0		
Verwitwet	1,4	2,5		
Haushaltsform (%)			$\chi^2 = 0.31$	A- $H_0$
Allein lebend	20,0	16,5		
Mit anderen lebend	80,0	83,5		
Ausbildung (%)			$\chi^2 = 2.01$	A- $H_0$
Hauptschule oder weniger	50,0	43,1		
Realschule	37,1	35,4		
Abitur oder höher	12,9	21,5		
Berufstätigkeit (%)			$\chi^2 = 0.23$	A- $H_0$
Berufstätig	56,0	57,0		
Nicht berufstätig	22,0	24,0		
Rente	22,0	19,0		

**Anmerkungen:** KG = Kontrollgruppe; EG = Experimentalgruppe

Signifikanzniveau für jeden Test:  $\alpha = .05$

A- $H_0$  = Annahme der Nullhypothese; A- $H_1$  = Annahme der Alternativhypothese



**Tabelle 3.2: Stichprobenmerkmale – Schmerzcharakteristika**

Merkmal	KG	EG	Tests auf Gleichheit	
			Kennwert	$p \leq \alpha$ ?
N	70	79		
Schmerzdauer in Jahren, M (SD)	10,2 (8,5)	9,6 (9,3)	$T = 0.35$	$A-H_0$
Durchschnittliche Schmerzstärke, M (SD)	6,1 (1,4)	6,0 (1,5)	$T = 0.39$	$A-H_0$
Maximale Schmerzstärke, M (SD)	8,2 (1,2)	8,5 (1,2)	$T = 1.43$	$A-H_0$
Dauerschmerz (%)			$\chi^2 = 0.36$	$A-H_0$
Ja	96	97		
Nein	4	3		
Multilokularität der Schmerzen (%)			$\chi^2 = 0.03$	$A-H_0$
Ja	79	81		
Nein	21	19		
MPSS-Chronifizierungsstadium (%)			$\chi^2 = 0.74$	$A-H_0$
I	0	0		
II	9	5		
III	91	95		

### 9.3.3. Behandlungsprogramm

Jeder Patient erhielt das gewöhnliche Therapieprogramm, das medizinische, psychologische und physiotherapeutische Einzelbetreuung sowie pharmakologische, invasive, aktiv-übende und edukative Elemente umfasst. Das Therapeutenteam bestand aus Ärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseuren, Ergotherapeuten, Krankenpflegern und Kreativtherapeuten. Die Aufenthaltsdauer betrug drei bis fünf Wochen, die durchschnittliche Aufenthaltsdauer lag bei knapp vier Wochen. Die Behandlung erfolgte stationär; die Patienten lebten in Doppelzimmern in der Klinik.

Die vorliegende Studie vergleicht zwei aktive Behandlungsgruppen. Die diese Studie betreffende Intervention beschränkte sich ausschließlich auf die Sitzungen der psychologischen Schmerzbewältigungsgruppe. Diese ist fester Bestandteil des Therapieplans und umfasst im Durchschnitt 10 täglich stattfindende Sitzungen á 90 Minuten (Montag bis

Freitag). Das gewöhnliche Schmerzbewältigungsgruppenprogramm orientiert sich stark an dem „Marburger Schmerzbewältigungsprogramm zur Gruppen- und Einzeltherapie“ von Basler und Kröner-Herwig (1998) mit leichten klinikspezifischen Anpassungen. Die KG nahm an diesem gewöhnlichen kognitiv-behavioralen Gruppenprogramm teil. Die EG erhielt dasselbe Gruppenprogramm mit zwei Veränderungen: (1) zwei Gruppensitzungen wurden durch Sitzungen mit existenziellen Inhalten ausgetauscht. Die Sitzung „Aufmerksamkeitslenkung/Ablenkung und Genuss“ wurde durch das Thema „Akzeptanz von Verlust und Leid“ (die tragischen Aspekte des Lebens) ersetzt. Ebenso die Sitzung „Operante Aspekte des Schmerzes“ durch das Thema „Der persönliche Sinn im Leben“. (2) Es wurde versucht, in allen Sitzungen eine existenzielle Therapeutenhaltung zu etablieren.

Insgesamt fanden sowohl mit der KG als auch mit der EG jeweils 30 Gruppendurchläufe (à 10 Sitzungen) mit durchschnittlich 7 Patienten (davon durchschnittlich 2,3 bzw. 2,6 Studienteilnehmer) statt (Baldwin, Murray & Shadish, 2005). Im Behandlungsumfang gab es keinen Unterschied zwischen der KG und der EG.

#### **9.3.4. Therapeuten**

Das Schmerzbewältigungsgruppenprogramm wurde von insgesamt sechs Diplom Psychologen durchgeführt. Einer der Psychologen war approbiert (Verhaltenstherapie), eine Psychologin hatte eine abgeschlossene Ausbildung in einem tiefenpsychologischen Verfahren und ein Psychologe war in einem existenziellen Verfahren ausgebildet. Die restlichen Psychologen verfügten über keine Zusatzausbildung. Fünf der Psychologen hatten langjährige Erfahrungen mit dem gewöhnlichen kognitiv-behavioralen Gruppenprogramm und führten die Gruppensitzungen der KG durch. Vier der sechs Psychologen wirkten in beiden Behandlungsprogrammen mit (ein Mitarbeiterwechsel zwischen den Behandlungsprogrammen). Jeder Psychologe leitete ungefähr gleich viele Gruppensitzungen. Nur der Erstautor verfügte über eine Ausbildung in Existenzieller Psychotherapie. Nachdem die KG abgeschlossen war, gab er den anderen Psychologen eine 60-minütige Einführung in

die Grundlagen existenzieller Psychotherapie. Sie bekamen ein Manual<sup>1</sup> zur Durchführung der EG ausgehändigt und konnten sich bei Fragen oder Problemen jederzeit mit dem Erstautor besprechen.

### 9.3.5. Messinstrumente

Alle Studienteilnehmer füllten einen Fragebogen aus, der neben verschiedenen soziodemographischen Daten auch Fragen zu Dauer und Intensität der Schmerzen sowie zu den subjektiven Therapieerwartungen enthielt. Das Chronifizierungsstadium (MPSS) sowie die Schmerzlokalisationen und medizinischen Schmerzdiagnosen wurden im Rahmen der medizinischen Aufnahmeuntersuchung durch den zuständigen Arzt ermittelt. Weiterhin wurden folgende standardisierte Messverfahren eingesetzt:

#### *Pain Disability Index (PDI)*

Schmerzbedingte Behinderung wird mit Hilfe des Pain Disability Index (PDI) erhoben. Der PDI (Tait, Chibnall, & Krause, 1990) besteht aus sieben Items zu sieben verschiedenen Lebensbereichen: (1) familiäre und häusliche Verpflichtungen, (2) Erholung, (3) soziale Aktivitäten, (4) Beruf, (5) Sexualleben, (6) Selbstversorgung und (7) lebensnotwendige Tätigkeiten. Anhand einer 11-stufigen Ratingskala von „0 = keine Behinderung“ bis „10 = völlige Behinderung“ soll der Patient den Einfluss der Schmerzen auf die genannten Lebensbereiche einschätzen. Durch Summation der Ratings und Mittelwertbildung erhält man ein Gesamtmaß für die Behinderungseinschätzung. Die deutsche Version des PDI wurde in verschiedenen Studien überprüft, die seine Homogenität und Validität bestätigen (Dillmann, Nilges, Saile & Gerbershagen, 1994).

#### *Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC)*

Das PLC (Siegrist, Broer & Junge, 1996) ermöglicht die Beurteilung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität chronisch kranker Menschen. Dabei dient es insbesondere der Er-

---

1 Die verwendeten Manuale können beim Erstautor angefragt werden.

fassung intraindividuelle Veränderung im zeitlichen Längsschnitt sowie dem Vergleich von Gruppen nach unterschiedlichen therapeutischen Treatments. Grundlage des PLC ist die Short-Form-36 (SF-36) des Medical Outcome Trust (Ware & Sherbourne, 1992), der ebenfalls der Messung von gesundheitsbezogener Lebensqualität dient. Nach vielfacher Überarbeitung und Erweiterung (z. B. um den sozialen Aspekt) gilt das PLC jedoch als eigenständiges Instrument. Das Kernmodul besteht aus 40 Testitems, die sich sechs Dimensionen zuordnen lassen: (1) Leistungsvermögen, (2) Genuss- und Entspannungsfähigkeit, (3) Positive Stimmung, (4) Negative Stimmung, (5) Kontaktvermögen und (6) Zugehörigkeitsgefühl. Die Items des Fragebogens beziehen sich auf die letzten sieben Tage und werden mit Hilfe einer 5-Stufigen Likert-Skala (von 0 = „gar nicht“ bis 4 = „sehr stark“) beantwortet. Zur Auswertung werden sechs Subskalenwerte gebildet. Die Reliabilität und Validität wurde in verschiedenen Studien überprüft und die internen Konsistenzen sind befriedigend bis gut (meist  $\alpha > .80$ ) (Siegrist, Broer & Junge, 1996).

### 9.3.6. Analysen

Zur Überprüfung der Hypothesen wurde zunächst als Globaltest eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit Messwiederholung berechnet. Es wird durchgehend die Pillai-Spur verwendet. In einem zweiten Schritt wurde für jede abhängige Variable eine zweifaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) mit Messwiederholung berechnet. Um die bildungsspezifischen Gruppeneffekte zu untersuchen, wurden Untergruppen nach dem Ausbildungsniveau gebildet. Das Alphafehlerniveau wurde auf 5% festgesetzt; auf eine Alphafehleradjustierung wurde zugunsten einer ausreichenden Teststärke verzichtet (siehe dazu die kritische Diskussion). Die Berechnungen erfolgten mit dem Statistikprogramm IBM® SPSS® Statistics in der Programmversion 19. Als Schätzer der Effektgröße wird das von SPSS optional ausgegebene „partielle Eta-Quadrat“ ( $\eta_p^2$ )<sup>2</sup> sowie Cohens  $d_z$  (Cohen, 1988)

---

2 Das partielle Eta-Quadrat gibt den Anteil der Varianz an, der durch den Effekt auf der Stichprobenebene aufgeklärt wird (Rasch, Friese, Hofmann & Naumann, 2010). Für die Bewertung des Eta-Quadrat für unabhängige Stichproben gilt:  $\eta_p^2 \geq 0.01$  entspricht einem kleinen,  $\eta_p^2 \geq 0.06$  einem mittleren, und  $\eta_p^2 \geq 0.14$  einem großen Effekt (Cohen, 1988). Ein Effekt aus einer messwiederholten Varianzanalyse kann jedoch nicht anhand der Konventionen von Cohen (1988) beurteilt werden, da diese nur für unabhängige Messungen gelten. Ebenso ist der Vergleich von Effektgrößen aus unterschiedlichen messwiederholten Studiendesigns problematisch. Die Bewertung eines Effekts aus einer messwiederholten Varianzanalyse ist daher nur eingeschränkt möglich.

angegeben. Die Berechnungen der Effektstärkenmaße erfolgte mit SPSS oder mit dem Programm G\*Power in der Version 3.1.2 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner, 2007). Nach Cohen (1988) entspricht ein  $d_z = 0.2$  einem schwachen,  $d_z = 0.5$  einem mittleren und  $d_z = 0.8$  einem starken Effekt.

**Tabelle 3.3:** *Klinische Haupt- und Nebenerhebungsmaße (M, SD) im Prä-Post-Vergleich*

Skalen	KG (n=70)		EG (n=79)	
	M	SD	M	SD
Schmerzbedingte Behinderung				
Prä-Treatment	4,70	1,74	4,75	1,59
Post-Treatment	4,24	1,97	3,78	1,78
Gesundheitsbezogene Lebensqualität				
Leistungsvermögen				
Prä-Treatment	1,59	0,65	1,59	0,52
Post-Treatment	2,10	0,69	2,13	0,61
Genuss- & Entspannungsfähigkeit				
Prä-Treatment	2,13	0,62	2,03	0,67
Post-Treatment	2,54	0,61	2,63	0,56
Positive Stimmung				
Prä-Treatment	1,62	0,82	1,57	0,67
Post-Treatment	2,19	0,85	2,26	0,73
Negative Stimmung				
Prä-Treatment	2,33	0,88	2,46	0,89
Post-Treatment	2,96	0,86	3,05	0,75
Kontaktvermögen				
Prä-Treatment	2,15	0,66	2,17	0,72
Post-Treatment	2,57	0,67	2,68	0,55
Zugehörigkeitsgefühl				
Prä-Treatment	2,62	0,82	2,72	0,83
Post-Treatment	2,82	0,76	3,02	0,73
Durchschnittliche Schmerzstärke				
Prä-Treatment	6,12	1,40	6,03	1,49
Post-Treatment	5,50	1,70	5,45	1,53
Zufriedenheit mit Klinikaufenthalt				
Post-Treatment	7,69	1,93	8,34	1,67

**Tabelle 3.4:** Ergebnisse der MANOVA mit Messwiederholung zur Hypothesenprüfung

Quelle der Variation	<i>F</i>	Hypothese <i>df</i>	Fehler <i>df</i>	$p \leq \alpha?$	$\eta_p^2$
Zwischen den Vpn					
Gruppenzugehörigkeit	0.759	7	141	A- $H_0$	.036
Innerhalb der Vpn					
Zeit	23.950	7	141	A- $H_1$	.543
Zeit x Gruppenzugehörigkeit	1.856	7	141	A- $H_0$	.084

**Anmerkungen:** *df* = Zahl der Freiheitsgrade;  $\eta_p^2$  = Partielles Eta-Quadrat

**Tabelle 3.5:** Ergebnisse der 2-faktoriellen ANOVA mit Messwiederholung zur Hypothesenprüfung

Quelle der Variation	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	$p \leq \alpha?$	$\eta_p^2$
Zeit						
Schmerzbedingte Behinderung	37.80	1	37.80	34.82	A- $H_1$	.19
Leistungsvermögen	20.63	1	20.63	126.80	A- $H_1$	.46
Genuss- & Entspannungsfähigkeit	19.09	1	19.09	116.52	A- $H_1$	.44
Positive Stimmung	29.48	1	29.48	107.27	A- $H_1$	.42
Negative Stimmung	27.70	1	27.70	108.72	A- $H_1$	.43
Kontaktvermögen	16.26	1	16.26	82.28	A- $H_1$	.36
Zugehörigkeitsgefühl	4.78	1	4.78	19.22	A- $H_1$	.12
Zeit x Gruppe						
Schmerzbedingte Behinderung	4.70	1	4.70	4.33	A- $H_1$	.03
Leistungsvermögen	0.01	1	0.01	0.08	A- $H_0$	.00
Genuss- & Entspannungsfähigkeit	0.69	1	0.69	4.21	A- $H_1$	.03
Positive Stimmung	0.32	1	0.32	1.12	A- $H_0$	.01
Negative Stimmung	0.03	1	0.03	0.13	A- $H_0$	.00
Kontaktvermögen	0.13	1	0.13	0.66	A- $H_0$	.00
Zugehörigkeitsgefühl	0.19	1	0.19	0.78	A- $H_0$	.01
Fehler						
Schmerzbedingte Behinderung	159.57	147	1.09			
Leistungsvermögen	23.92	147	0.16			
Genuss- & Entspannungsfähigkeit	24.08	147	0.16			
Positive Stimmung	40.41	147	0.28			
Negative Stimmung	37.46	147	0.26			
Kontaktvermögen	29.05	147	0.20			
Zugehörigkeitsgefühl	36.58	147	0.25			

**Anmerkungen:** *SS* = Quadratsumme; *df* = Zahl der Freiheitsgrade; *MS* = Mittleres Abweichungsquadrat;  $\eta_p^2$  = Partielles Eta-Quadrat

## 9.4. Ergebnisse

### 9.4.1. Haupteffekt Zeit: Therapieerfolg

Tabelle 3 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der klinischen Haupt- und Nebenerhebungsmaße im Prä-Post-Vergleich. Die MANOVA (siehe Tabelle 4) ergab einen signifikanten Haupteffekt über die Zeit ( $F(7,141) = 23.95$ ;  $p < .000$ ;  $\eta_p^2 = .54$ ). Die Ergebnisse der sieben Varianzanalysen mit Messwiederholung (PDI Gesamtmaß und 6 Skalen des PLC) sind in Tabelle 5 dargestellt. Es ergaben sich sieben hoch signifikante Haupteffekte über die Zeit mit durchschnittlich großen Effektgrößen. Dieses Ergebnis bestätigt die erste Hypothese.

### 9.4.2. Interaktionseffekte: Überlegenheit der Experimentalgruppe

Zur Prüfung der Annahme, dass die EG einen höheren Therapieeffekt als die KG aufweist, werden die Interaktionseffekte betrachtet. Die MANOVA ergab einen knapp nicht signifikanten Interaktionseffekt ( $F(7,141) = 1.86$ ;  $p = .081$ ;  $\eta_p^2 = .08$ ). Bei einer differenzierteren Betrachtung der gruppenspezifischen Effekte der einzelnen abhängigen Variablen durch die nachfolgenden Varianzanalysen mit Messwiederholung ergaben sich zwei signifikante Interaktionseffekte. Die Abnahme der schmerzbedingten Behinderung war in der EG signifikant größer als in der KG ( $F(1,147) = 4.33$ ;  $p = .039$ ;  $\eta_p^2 = .03$ ). Die Effektgröße ist als klein einzustufen. Bei den sechs Skalen der Lebenszufriedenheit ergab sich lediglich auf der Skala „Genuss- und Entspannungsfähigkeit“ ein signifikanter Interaktionseffekt ( $F(1,147) = 4.21$ ;  $p = .042$ ;  $\eta_p^2 = .03$ ). Darüber hinaus ist in zwei der sechs Skalen ein Trend zugunsten der EG ersichtlich (Effektstärken:  $\eta_p^2 = .01$ ). Die übrigen drei Skalen zeigen keinen Interaktionseffekt. Eine Überlegenheit der EG bei der Steigerung der Lebensqualität wird durch die Ergebnisse daher insgesamt nur tendenziell gestützt.

### 9.4.3. Bildungsspezifische Untergruppen

Um die bildungsspezifischen Gruppeneffekte zu untersuchen, wurden zwei Untergruppen nach dem Ausbildungsniveau gebildet (niedriges Ausbildungsniveau: Hauptschul-

abschluss oder niedriger ( $n = 69$ ) vs. hohes Ausbildungsniveau: Realschulabschluss oder höher ( $n = 78$ )). Tabelle 6 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der klinischen Hauptehebungsmaße für die jeweiligen Untergruppen im Prä-Post-Vergleich. Die MANOVA für die Untergruppe mit niedrigem Ausbildungsniveau ergab einen signifikanten Haupteffekt über die Zeit ( $F(7,61) = 14.09$ ;  $p < .000$ ;  $\eta_p^2 = .62$ ) und einen knapp nicht signifikanten Interaktionseffekt ( $F(7,61) = 2.04$ ;  $p = .064$ ;  $\eta_p^2 = .19$ ). Die nachfolgenden univariaten Analysen ergaben einen signifikanten Interaktionseffekt für die schmerzbedingte Behinderung ( $F(1,67) = 6.90$ ;  $p = .011$ ;  $\eta_p^2 = .09$ ), aber keine signifikanten Interaktionseffekte für die sechs Skalen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Die MANOVA für die Untergruppe mit hohem Ausbildungsniveau ergab ebenfalls einen signifikanten Haupteffekt über die Zeit ( $F(7,70) = 10.93$ ;  $p < .000$ ;  $\eta_p^2 = .52$ ) und keinen signifikanten Interaktionseffekt. Die nachfolgenden univariaten Analysen ergaben keinerlei signifikante Interaktionseffekte. Für eine differenziertere Beurteilung wurden separat für Bildungsgruppen und Behandlungsgruppen t-Tests für abhängige Stichproben für die einzelnen abhängigen Variablen berechnet. Konform zu früheren Studien ist der Therapieerfolg der Patienten mit niedrigem Ausbildungsniveau der KG in Bezug auf die Abnahme der schmerzbedingten Behinderung nur klein. Ein t-Test für abhängige Stichproben ergab ein nicht signifikantes Ergebnis ( $T_{df=34} = 0.859$ ;  $p = .198$ ;  $d_z = 0.14$ ). Die Patienten mit hohem Ausbildungsniveau der KG zeigen dagegen erwartungsgemäß einen signifikanten Therapieerfolg bei annähernd mittlerer Effektgröße ( $T_{df=34} = 2.494$ ;  $p = .009$ ;  $d_z = 0.42$ ). Die Patienten mit niedrigem Ausbildungsniveau der EG zeigen im Gegensatz zur KG einen signifikanten Therapieerfolg in Bezug auf die Abnahme der schmerzbedingten Behinderung bei großer Effektstärke ( $T_{df=33} = 4.806$ ;  $p < .000$ ;  $d_z = 0.83$ ). Der Therapieerfolg ist sogar größer als der der Patienten mit hohem Ausbildungsniveau in der EG ( $T_{df=43} = 4.042$ ;  $p < .000$ ;  $d_z = 0.61$ ). Bei der Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigen sowohl in der KG als auch in der EG beide Bildungsgruppen vergleichbar gute Ergebnisse.



#### 9.4.4. Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt

Die Patienten der EG geben bei der globalen Beurteilung der Zufriedenheit mit dem Klinikaufenthalt auf einer 11-stufigen Ratingskala eine signifikant höhere Bewertung ab als die Patienten der KG ( $T_{df=148} = 2.218$ ;  $p = .014$ ;  $d = 0.36$ ).

**Tabelle 3.6:** *Klinische Haupterhebungsmaße (M, SD) für die Bildungsspezifischen Untergruppen im Prä-Post-Vergleich*

Skalen	Ausbildungsniveau niedrig (n = 69)				Ausbildungsniveau hoch (n = 78)			
	KG (n=35)		EG (n=34)		KG (n=35)		EG (n=43)	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Schmerzbedingte Behinderung								
Prä-Treatment	4,19	1,67	4,90	1,30	5,22	1,68	4,65	1,79
Post-Treatment	3,98	1,98	3,78	1,57	4,51	1,95	3,83	1,97
Gesundheitsbezogene Lebensqualität								
Leistungsvermögen								
Prä-Treatment	1,66	0,54	1,63	0,45	1,51	0,73	1,56	0,59
Post-Treatment	2,15	0,64	2,14	0,51	2,06	0,74	2,09	0,68
Genuss- & Entspannungsfähigkeit								
Prä-Treatment	2,13	0,53	2,14	0,71	2,13	0,70	1,94	0,64
Post-Treatment	2,55	0,58	2,76	0,61	2,53	0,65	2,53	0,51
Positive Stimmung								
Prä-Treatment	1,71	0,76	1,63	0,60	1,53	0,87	1,52	0,72
Post-Treatment	2,22	0,81	2,30	0,65	2,15	0,90	2,24	0,79
Negative Stimmung								
Prä-Treatment	2,36	0,80	2,50	0,91	2,30	0,96	2,44	0,89
Post-Treatment	3,00	0,78	3,11	0,64	2,93	0,94	3,02	0,82
Kontaktvermögen								
Prä-Treatment	2,15	0,63	2,15	0,78	2,14	0,70	2,20	0,69
Post-Treatment	2,59	0,69	2,74	0,55	2,56	0,67	2,64	0,55
Zugehörigkeitsgefühl								
Prä-Treatment	2,76	0,76	2,65	0,93	2,47	0,87	2,75	0,75
Post-Treatment	2,80	0,80	2,93	0,79	2,84	0,73	3,07	0,68

**Anmerkungen:** Ausbildungsniveau niedrig = Hauptschulabschluss oder niedriger  
Ausbildungsniveau hoch = Realschulabschluss oder höher

## 9.5. Diskussion

Untersucht wurde der zusätzliche Effekt der existenziellen Perspektive zu einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenprogramm. Beide Behandlungsgruppen zeigen signifikante Verbesserungen hinsichtlich schmerzbedingter Behinderung und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei durchschnittlich großer Effektstärke (Bestätigung der ersten Hypothese). Die zweite (gruppenspezifische) Hypothese, dass die EG signifikant größere Effekte bzgl. der schmerzbedingten Behinderung sowie der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zeigt, konnte dagegen global nicht bestätigt werden. Erst in den nachfolgenden univariaten Analysen zeigte die EG gegenüber der KG einen signifikant höheren Therapieerfolg hinsichtlich der schmerzbedingten Behinderung. Da beide Gruppen gleich hohe durchschnittliche Schmerzangaben machten, kann dieser Effekt auch nicht auf eine höhere Schmerzabnahme der EG zurückgeführt werden. Bei der gesundheitsbezogenen Lebensqualität konnte der postulierte höhere Therapieerfolg der EG dagegen nur tendenziell nachgewiesen werden. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass sich die existenzielle Intervention weniger auf die subjektiv wahrgenommene gesundheitsbezogene Lebensqualität auswirkt, sondern mehr darauf, dass sich die Patienten als weniger behindert ansehen. Insgesamt waren die Patienten der EG mit dem Klinikaufenthalt signifikant zufriedener. Der Effekt zugunsten der EG ist klein. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Treatmentunterschiede sehr gering sind und sich lediglich auf Veränderungen des Schmerzbewältigungsprogramms beschränken. Zudem überlagern möglicherweise Effekte des Gesamtbehandlungsprogramms den spezifischen Effekt des existenziellen Interventionsangebotes, da z. B. in den wöchentlichen Einzelgesprächen mit den behandelnden Ärzten, Psychologen und Physiotherapeuten auch bei den Patienten der KG regelmäßig die Akzeptanz von Schmerzen und den damit verbundenen Einschränkungen thematisiert wurde.

Die vorliegende Studie konnte zeigen, dass selbst im Rahmen eines umfassenden stationären Klinikaufenthaltes, die Integration einer existenziellen Perspektive in ein bestehendes Gruppenprogramm einen bedeutsamen zusätzlichen Effekt haben kann. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass existenzielle Interventionen, insbesondere für die große

Gruppe der Patienten mit niedrigem Ausbildungsniveau, von Bedeutung sein können. Dies ergänzt den früheren Befund von Kuhnt, Haase, Babel und Klimczyk (2010), so dass nun auch Patienten mit niedrigem Ausbildungsniveau ebenso gute Therapieergebnisse erzielen konnten wie Patienten mit höherem Ausbildungsniveau. Eine mögliche Erklärung wäre, dass Patienten mit höherem Ausbildungsniveau im Laufe ihres Bildungsprozesses automatisch mehr mit existenziellem oder verwandtem Gedankengut in Berührung kommen und im Laufe ihrer chronischen Erkrankung vermehrt auf diese Ressource zurückgreifen können. Patienten mit niedrigem Ausbildungsniveau dagegen liegt dieses Gedankengut im Alltag möglicherweise ferner und sie benötigen daher explizit existenzielle Gedankenimpulse, um den akkommodativen Bewältigungsmodus anzustoßen.

Kontrollorientierung und Akzeptanzorientierung stellen zwar gegensätzliche Bewältigungsformen dar, dennoch sind beide wichtig. Der Gedanke liegt nahe, dass akkommodative Strategien erst ab einer bestimmten Schmerzdauer und bei höherer Chronifizierung bedeutsam sind. Zu Beginn einer Schmerzproblematik kann Akzeptanz dysfunktional sein und assimilative Optionen sollten von vorgeordneter Bedeutung sein. In der vorliegenden Studie sind jedoch, wie bei einer Spezialklinik zu erwarten, fast ausschließlich hochchronifizierte Patienten vertreten, weshalb der Zusammenhang zwischen dem Nutzen von akzeptanzorientierten Therapieangeboten und dem Chronifizierungsgrad in weiterführenden Studien mit möglichst gleichverteilten Chronifizierungsgraden untersucht werden sollte.

Es gibt einige Einschränkungen der Aussagekraft der vorliegenden Studienergebnisse. Einmal ist anzumerken, dass die Stichprobe hoch selektiv ist. Sie besteht fast ausschließlich aus hochchronifizierten Patienten, die meist viele gescheiterte Therapieversuche hatten, bevor sie in das Schmerzzentrum überwiesen wurden. Zusätzlich wurden die hier berichteten Ergebnisse unter sehr spezifischen Bedingungen gewonnen: die Behandlung erfolgte stationär, interdisziplinär und intensiv. Es ist gut möglich, dass die hier berichteten Befunde nicht auf andere Patienten unter anderen Behandlungsbedingungen übertragbar sind. Eine erhebliche Einschränkung der Ergebnisse besteht in der fehlenden Randomisierung. Dieses Design wurde gewählt, um unkontrollierbare Interaktionseffekte

zwischen den Behandlungsgruppen zu vermeiden. Es ist dadurch aber nicht auszuschließen, dass die gefundenen Effekte auf einen Reihenfolgeeffekt (KVT-Kontrollgruppe zuerst behandelt, danach Experimentalgruppe) oder andere unidentifizierte Randfaktoren zurückzuführen sind. Schließlich besteht eine Einschränkung durch die erfolgte Alphafehlerkumulierung. Eine Alphafehlerkontrolle hätte jedoch zu einem übergroßen und nicht vertretbaren Betafehler und ungenügender Teststärke geführt. Trotz der Einschränkungen ist hervorzuheben, dass die hier gewonnenen Ergebnisse unter natürlichen „real life“ Bedingungen im klinischen Alltag gewonnen wurden und die Stichprobe aus weitgehend unselektierten Patienten besteht, die an erheblicher schmerzbedingter Behinderung leiden und viele gescheiterte Therapieversuche hinter sich haben.

Mit den genannten Einschränkungen unterstützen die Ergebnisse die Hypothese, dass die Integration einer existenziellen Perspektive in ein bestehendes kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm einen zusätzlichen positiven Effekt haben kann. Die Ergebnisse sind insbesondere vor dem Hintergrund zu bedenken, dass die Treatmentunterschiede dieser Studie sehr gering waren. Weiter ist anzumerken, dass fünf der sechs beteiligten Psychologen über keine Vorerfahrung mit existenzieller Psychotherapie verfügten und sie die Gruppensitzungen der EG lediglich nach einer kurzen theoretischen Einführung und unter Rückgriff auf ein Manual durchführten. Das Potential einer existenziellen Perspektive ist vor diesem Hintergrund sicherlich nicht voll ausgeschöpft worden. Die Ergebnisse lassen sich stimmig in Studienergebnisse zur ACT bei chronischen Schmerzen einordnen (McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Eccleston & Keefe, 2005; McCracken & Eccleston, 2006; McCracken, Vowles & Gauntlett-Gilbert, 2007; McCracken & Zhao-O'Brien, 2010). Sie unterstützen die theoretische Annahme, dass in der Behandlung chronischer Schmerzen eine Kombination aus assimilativen und akkommodativen Bewältigungsstrategien wirksamer ist als ein hauptsächlich auf assimilative Strategien fokussiertes Gruppenprogramm. Dies stellt keinen neuen oder eigenständigen Behandlungsansatz dar. Vielmehr geht es darum, vorhandene Ansätze durch neue Entwicklungen sowie humanistische Aspekte zu erweitern. Weitere Studien sind nötig, um die hier berichteten Ergebnisse zu überprüfen und zu ergänzen. Weiterführende Studien könnten davon profi-

tieren andere Erhebungsmaße mit zu berücksichtigen. Es ist insbesondere fraglich, ob es unterschiedliche Effekte in Bezug auf „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ und „allgemeine Lebensqualität“ gibt, da sich durch existenzielle Interventionen an den gesundheitsbezogenen Maßen faktisch nichts ändert, dafür aber vielleicht an einstellungsorientierten Maßen. Weiter wären Langzeitstudien sowie die Überprüfung der Generalisierbarkeit auf andere Patienten und andere Settings wünschenswert.

## 9.6. Literaturverzeichnis

- Baldwin, S. A., Murray, D. M. & Shadish, W. R. (2005). Empirically Supported Treatments or Type I Errors? Problems With the Analysis of Data From Group-Administered Treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, S. 924–935.
- Basler, H. D. & Kröner-Herwig, B. (1998). *Psychologische Therapie bei Kopf- und Rückenschmerzen*. München: Quintessenz.
- Brandtstädter, J. (2007). Hartnäckige Zielverfolgung und flexible Zielanpassung als Entwicklungsressourcen: Das Modellassimilativer und akkomodativer Prozesse. In J. Brandtstädter & U. Lindenberger (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne. Ein Lehrbuch* (1. Aufl., S. 413–445). Stuttgart: Kohlhammer.
- Branstetter-Rost, A., Cushing, C. & Douleh, T. (2009). Personal Values and Pain Tolerance: Does a Values Intervention Add to Acceptance? *The Journal of Pain*, 10(8), S. 887–892.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2010). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 14, S. 170–175.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H. & Gerbershagen, H. U. (1994). Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz*, 8, S. 100–110.

- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, S. 175–191.
- Frankl, V. E. (2002). *Logotherapie und Existenzanalyse. Texte aus sechs Jahrzehnten*. Weinheim: Beltz.
- Franz, C. & Bautz, M. (2007). Interaktionsverhalten des Patienten mit „chronisch unhandelbarem Schmerz“. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 539–549). Heidelberg: Springer.
- Frede, U. (2007). *Herausforderung Schmerz*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Gatchel, R. J. & Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain*, 7, S. 779–793.
- Gebler, F. A. (2009). *Die existentielle Perspektive in der Psychotherapie*. Schwangau: Quellwasser.
- Gebler, F. A. (2010). Integration einer existenziellen Perspektive in die kognitiv-behaviorale Therapie chronischer Schmerzen. *Verhaltenstherapie*, 20, S. 127–134.
- Gerbershagen, H. U., Lindena, G., Korb, J. & Kramer, S. (2002). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Patienten mit chronischen Schmerzen. *Schmerz*, 16, S. 271–284.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing Our Hills: A Beginning Conversation on the Comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavioral Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), S. 286–295.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15(4), S. 280–285.
- Kleese, C., Baumeister, H., Bengel, J. & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. *Psychotherapeut*, 53, S. 49–62.

- Kröner-Herwig, B. & Frettlöh, J. (2007). Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen multiprofessionellen Therapieansatz. In B. Kröner-Herwig, J. Frettlöh, R. Klinger & P. Nilges (Hrsg.), *Schmerzpsychotherapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Behandlung* (6. Aufl., S. 513–538). Heidelberg: Springer.
- Kuhnt, O., Haase, I., Babel, S. & Klimczyk, K. (2010). Ist der Erfolg multimodaler Schmerztherapie von der Schulbildung abhängig? *Schmerz*, 24(Suppl. 2), S. 99–100.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, S. 197–204.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2006). A comparison of the relative utility of coping and acceptance-based measures in a sample of chronic pain sufferers. *European Journal of Pain*, 10, S. 23–29.
- McCracken, L. M. & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14, S. 170–175.
- McCracken, L. M., Eccleston, C. & Keefe, F. J. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 109, S. 164–169.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. & Gauntlett-Gilbert, J. (2007). A Prospective Investigation of Acceptance and Control-Oriented Coping with Chronic Pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, S. 339–349.
- Paez-Blarrina, M., Luciano, C., Gutierrez-Martinez, O., Valdivia, S., Ortega, J. & Rodriguez-Valverde, M. (2008). The role of values with personal examples in altering the functions of pain: Comparison between acceptance-based and cognitive-control-based protocols. *Behaviour Research and Therapy*, 46, S. 84–97.
- Potreck-Rose, F. & Jacob, G. (2008). *Selbstzuwendung, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen. Psychotherapeutische Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Rasch, B., Frieze, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2010). *Quantitative Methoden. Einführung in die Statistik für Psychologen und Sozialwissenschaftler. Band 2*. Berlin-Heidelberg: Springer.

- Schmitz, U., Saile, H. & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67, S. 41–51.
- Siegrist, J., Broer, M. & Junge, A. (1996). *Profil der Lebensqualität chronisch Kranker. Manual*. Göttingen: Beltz.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T. & Krause, S. (1990). The Pain Disability Index: psychometric properties. *Pain*, 40, S. 171–182.
- Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2008). Acceptance and Values-Based Action in Chronic Pain: A Study of Treatment Effectiveness and Process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), S. 397–407.
- Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 48, S. 141–146.
- Ware, J. E. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*, 30(6), S. 473–483.
- Yalom, I. D. (2000). *Existenzielle Psychotherapie*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.



## **10. Artikel 3:**

### **Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain. A clinical trial with 6 months follow-up.**

Gebler, F. A. & Maercker, A. (submitted). Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain. A clinical trial with 6 months follow-up.

#### **Keywords:**

chronic pain, integrative group program, cognitive behavioural therapy, existential psychotherapy, acceptance, meaning

#### **Practitioner Points:**

- As Cognitive Behavioural Therapy is the prevalent psychological approach in the treatment of chronic pain, its rationale and its limitations are described.
- The connections between current issues within pain research, like the importance of acceptance and values, and Existential Therapy, are described. The potential benefit of including an existential perspective in the cognitive behavioural treatment of chronic pain is highlighted.
- The findings of this study support the importance of considering specific existential aspects within the cognitive behavioural approach in treating chronic illness, emphasizing its interaction with spirituality as a resource in coping with chronic illness.

## 10.1. Abstract

**Objectives:** The present study investigates the enduring efficacy of a standard cognitive behavioural group-program for chronic pain in comparison with the same group program that integrates an existential perspective at treatment conclusion, 3-month, and 6-month follow-up. In addition to presenting a specific attitude toward human conditions, the existential perspective involves an attention towards meaning in face of suffering and of acceptance in a broader sense. **Design:** This study is a quasi-experimental clinical trial with two treatment groups (non-randomized). **Methods:** We included 113 patients suffering from chronic pain who had been accepted for treatment at an interdisciplinary pain centre. In addition to the specific therapy program, the patients received intense interdisciplinary treatment. Outcome measures include both pain-related disability and pain severity. Repeated-measures analyses of variance (ANOVAs) were used to test statistical significance, followed by tests of simple contrasts with pre-treatment as a reference-point. **Results:** Results indicated that the integration of an existential perspective leads to significantly lowered pain-related disability than the classic cognitive behavioural group-program. Additionally, existential aspects seem to be particularly important for patients with a spiritual orientation. These patients apparently do not profit from a standard control-focused approach. Rather, they show the greatest improvements when dealing with an existential perspective. **Conclusions:** The findings from this study support the importance of considering specific existential aspects in the cognitive-behavioural approach in treating chronic illness, emphasizing its interaction with spirituality as a resource in coping with chronic pain.

## 10.2. Introduction

Following earlier studies (Gebler, 2010; Gebler & Maercker, 2007), a group program for chronic pain including an existential perspective was developed. Chronic pain is a prevalent health concern and continues to be a great challenge for clinical treatments (Breivik, Collett, Ventafridda, Cohen, & Gallacher, 2010; Gatchel & Okifuji, 2006). It is associated

with long-standing loss and suffering for patients as well as for their family, their community, and society in general.

The prevalent approach in treating chronic pain is a multidisciplinary treatment including psychological components (Kröner-Herwig, 2009). Of the contemporary psychological treatments for chronic pain, Cognitive Behavioural Therapy (CBT) is the dominant method (Morley, 2011; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011). The primary purpose of traditional pain treatments is pain reduction. CBT seems to take “a philosophically similar approach, either by targeting the experience of pain through psychological methods, or by targeting the content of the thoughts and feelings occasioned by pain” (Hayes & Duckworth, 2006, p.185). Therefore, CBT can be described as problem-oriented, targeting largely the improvement of pain-reduction strategies. However, several authors indicate that problem-oriented strategies are not enough when dealing with chronic pain (e.g., McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011). These strategies are also inadequate to address existential issues such as the meaning of life and death (Noyon & Heidenreich, 2007; Ottens & Hanna, 1998). Indeed, only moderate effect sizes were reported for CBT treatments with chronic pain patients (Morley, Eccleston & Williams, 1999; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011). Additionally, a proportion of patients apparently do not benefit from CBT (Turk, 2005; Vlaeyen & Morley, 2005). Therefore, we consider the enhancement of chronic pain treatment as important.

According to Brandstädter (2007) there are two different forms of coping: assimilative and accommodative. “Assimilative Coping” describes efforts to change the situation in a way that reduces or eliminates discrepancies that exist with personal aims (e.g., attempts to reduce pain). In the treatment of chronic pain, traditional CBT can be seen as being generally assimilative. The other form is “Accommodative Coping,” which focuses upon one’s ability to flexibly accommodate personal aims and attitudes to given circumstances, so that discrepancies are also reduced (e.g., acceptance of pain). This latter form is particularly important when the circumstances are inalterable. This is the case with chronic illnesses, for example. Like chronic pain, because they are chronic, they are unlikely to change. Recent studies have shown the superiority of acceptance-based protocols in com-

parison with cognitive-control-based protocols for coping with laboratory-induced pain (Branstetter-Rost, Cushing, & Douleh, 2009), as well as in dealing with chronic pain (McCracken, 1998; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Eccleston, 2005; Thorsell, Finnes, Dahl, Lundgren, Gybrant, Gordh & Buhrman, 2011).

Both assimilative and accommodative coping strategies are important when dealing with chronic pain. There are strategies which can usually reduce pain, such as relaxation. But it is unlikely that the pain will be eliminated or even reduced sufficiently, so the patients still have to deal with the pain. Simply trying to control the pain, and failing to do so, may make the situation more severe for the patients (e.g., feelings of failure and incompetence).

So, there are strong reasons to assume that the integration of accommodative strategies into a given assimilative-focused CBT treatment will improve the efficacy of the treatment. There are two main points to consider: (1) Because of the generally “doing” and “controlling” mentality of Western civilization, it is rather unlikely that patients will reach acceptance of enduring pain by themselves. (2) Chronic pain „impacts upon the person’s sense of who they are and, perhaps more importantly, whom they might become by distorting their vision of their future and reshaping their view of the past“ (Morley, 2011, p.100). It is essential that chronic pain patients can reclaim their self-confidence, self-determination, and their sense of self-worth. Therefore we stress that an existential perspective can be an important supplement in the CBT treatment of chronic pain.

There is a historical connection between CBT and Existential Therapy (ET). Aaron T. Beck for example was strongly influenced by existential and phenomenological ideas (Edwards, 1990). Indeed, Safran (1996) “acknowledged existential psychology’s profound influence on many recent developments in cognitive behavioral therapy” (Ottens & Hanna, 1998, p.312). So, an integration of ET and CBT is not that farfetched. Nevertheless, if we talk about ET it is not at all clear what we are discussing. Cooper explains that “ET is complex and simply not possible to define in any single way. Rather it is best understood as a rich tapestry of intersecting therapeutic practices, all of which orientate themselves around a shared concern” (Cooper, 2003, p.1). At the centre of the existential approaches lies an exis-

tential philosophical stance. However, among existential philosophers there is considerable variability, and this is mirrored in the clinical counterparts (Walsh & McElwain, 2002). The existential approach underlying the current study refers widely to Frankl (1967b), Jaspers (1973), May (1979) and Yalom (2000).

“As I use the term, ‘existential’ refers to an attitude toward human beings and a set of presuppositions about these human beings” (May, 1979, p.111). Therefore ET can be characterized by its specific idea of human, the therapist-patient relationship, and a consideration of specific issues such as death, grief, guilt, acceptance of and attitudes towards fateful suffering, values and meaning (Frankl, 1967b; Gebler, 2009; Yalom, 2000). For Frankl, a human being’s most basic motivation is to find meaning in life. He emphasizes man’s freedom to choose and to find meaning in even the most restrictive and inhumane circumstances. „Man is not free of conditions. [...] But, he is, and always remains, free to take a stand toward these conditions; he always retains the freedom to choose his attitudes toward them” (Frankl, 1967a, p.3). Frankl always stressed the importance of values for finding meaning in life. And values and meaning in life are of special importance in the treatment of chronic pain (McCracken & Yang, 2006).

In ET the term “acceptance” refers to the acknowledgement of the tragic aspects of human existence. Acceptance in this sense is not limited to pain-acceptance. In most studies about chronic pain, acceptance is defined as “living with pain without reaction, disapproval, or attempts to reduce or avoid it” (McCracken & Eccleston, 2003, p.198). In one recent study, McCracken and Zhao-O’Brien contend that “there is more to accept than the pain itself” (McCracken & Zhao-O’Brien, 2010, p.170), referring to a “general acceptance”, which includes other physical symptoms, unwanted emotional experiences or incriminating thoughts. The results of this study suggest that general acceptance has a unique role to play in the disability and suffering of chronic pain beyond pain-related acceptance or mindfulness. This supports the existential perspective that stresses the importance of facing and accepting the reality of suffering. ET encourages an attitude which is called “tragic optimism” (Frankl, 1967b) – human life is tragic but nonetheless man can find meaning in life.

Both contemporary CBT and ET value the therapeutic alliance. However, CBT is directive and focused on the active therapeutic pursuit of change. In contrast, in ET the therapist tries to be humanly present rather than directive, goal-oriented or technical – with the aim to advance the patients' responsibility for themselves and their ability to act self-directive. The therapist-patient relationship is characterized by respect, Socratic restraint ("I know that I know nothing"), unconditional positive regard, empathy and authenticity – aspects also well-known from the humanistic psychology.

The integration of an existential perspective into a CBT-based treatment of chronic pain has so far never been examined in a study so far. ET "is indeed one of the most underresearched approaches in counseling and psychotherapy" (Corbett & Milton, 2011, p.69). Generally ET has not been researched by means of quantitative, empirical methods. However, it is supported by qualitative research and case study reports (Walsh & McElwain, 2002). Additionally, there are some similarities between ET and Acceptance and Commitment Therapy (ACT), as ACT focuses on acceptance of (unpleasant) experiences, value clarification and the commitment to these values in daily life. In recent years several studies have been made with ACT in treating chronic pain that showed effectiveness (McCracken & Eccleston, 2003; McCracken & Gutiérrez-Martínez, 2011; Veehof, Oskam, Schreurs & Bohlmeijer, 2011; Vowles & McCracken, 2008). ACT is generally accommodative-oriented, and there are significant differences between ACT and traditional CBT, as well as with ET. The discussion of these differences is beyond the scope of this article, so we refer the interested reader to the original debate (e.g., Gebler, 2010; Hayes, 2008; Hofmann, 2008).

In the current study we tested the hypotheses that the integration of an existential perspective into a CBT-based group-program will show a greater treatment effect, when compared with this CBT group program, measured by the decrease of self-perceived pain-related disability. A main aim of the existential approach is the finding of meaning in life and we assume an overlap between meaning and spirituality/ religiosity (e.g., both are transcendental and fundamental related to values). As such, we also hypothesise that there will be a greater benefit from the existential approach for patients who describe themselves as spiritual/religious. For pragmatic reasons we do not distinguish between spirituality and religiosity.

## 10.3. Methods

### 10.3.1. Trial Design

This was a non-randomized (quasi-experimental) controlled study with two active treatment groups conducted in Germany<sup>1</sup>. Patients were allocated to one of the two treatment groups by the time period of their admission to an interdisciplinary pain centre. This design was chosen to avoid interactions between the treatment groups, because the patients lived together in the clinic during treatment and so exchanged views among one another. In addition to the report in Gebler & Maercker (2012) follow-up data are included in the present analysis.

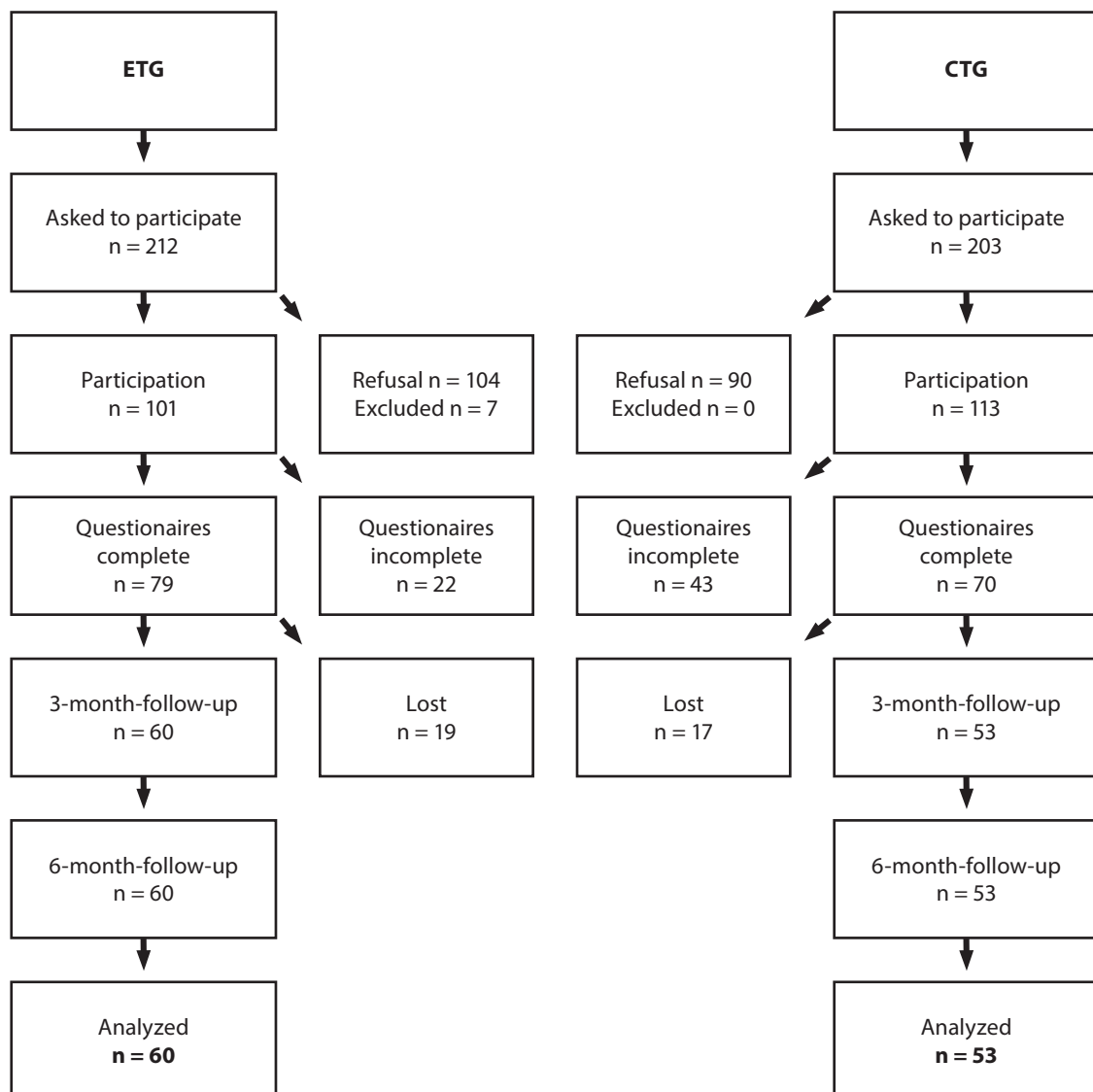


Figure 4.2: Flow diagram of participant flow

<sup>1</sup> A first incomplete analysis of pre-treatment vs. post-treatment is published in German (Gebler & Maercker, 2012).

### 10.3.2. Participants

Participants were consecutive referrals accepted for treatment at an interdisciplinary pain center. A total of 214 patients (native German-speaking) agreed to participate in the study. 149 (69.6%) individuals provided data before and after treatment, and 113 (52.8%) also provided data at a 3-month and 6-month follow-up. Therefore, the total sample comprises 113 individuals. Analyses (t-tests and  $\chi^2$ -tests) of data for those patients who did not provide complete data indicated significantly higher pain-related disability and lower age. No significant differences were found for mean pain intensity, mean pain duration, stage of chronicity, pain sites, education or group membership.

Descriptive information of participants characteristics are displayed in Table 1. These measures are consistent with other samples of chronic pain patients and indicate the complexity and severity of the pain syndromes. The mean pain duration was 10.3 years (SD = 8.6, range: 1.0–41.0) and the mean pain severity was high (M = 5.9, SD = 1.3). Most of the patients reported more than one pain site (84.4%) and were almost exclusively allocated to the highest stage of chronicity (93.6%). Common diagnoses for these patients were lumbar spine syndrome (67.9%), cervical spine syndrome (49.5%), thoracic spine syndrome (19.3%), headache (16.5%), shoulder-hand syndrome (14.7%) and fibromyalgia (13.8%). The participants' ages ranged from 21 to 74 years (M = 51.9 years, SD = 9.8). The majority was female (58.4%), German (98.2%), married (66.1%, 12.5% single, 18.8% divorced, 2.6% widowed), employed (62.6%, 11.2% homemaker, 17.8% pensioner, 8.4% unemployed) and lived with other people in a household (83.0%). They had completed an average of 11.5 years of education (SD = 1.9). About half of the patients describe themselves as spiritual or religious (52.3%), which was measured with one question: "Do you see yourself as religious/spiritual?" (Yes/No). We performed t-tests and chi-square tests to assess for potential differences among control treatment group and existential treatment group. There were no significant differences.



**Table 4.1: Descriptive characteristics**

	ETG (n = 60)	CTG (n = 53)
Age (in years)		
Mean (SD)	50.9 (9.3)	53.1 (10.4)
Minimum-Maximum	21-73	23-74
Sex (%)		
female	58.3	58.5
male	41.7	41.5
Civil status (%)		
single	8.5	17.0
married	66.1	66.0
divorced	22.0	15.1
widowed	3.4	1.9
Household (%)		
One-person	13.6	20.8
Multiple-person	86.4	79.2
Mean years of education (SD)	11.6 (1.8)	11.4 (2.0)
Spiritual / Religious (%)		
Yes	50.0	54.9
No	50.0	45.1
Mean pain duration in years (SD)	9.7 (8.5)	11.0 (8.9)
More than one pain site (%)		
Yes	81.0	88.2
No	19.0	11.8
Stage of chronicity (MPSS; %)		
I	0.0	0.0
II	3.4	9.8
III	96.6	90.2

**Note:** ETG = Existential Treatment Group; CTG = Control Treatment Group

### **10.3.3. Therapists**

Six psychologists provided treatment to an approximately equal number of group sessions. Five of the psychologists had longstanding experience with the standard cognitive behavioural group program and they treated the Control Treatment Group (CTG). Four of them also treated the Existential Treatment Group (ETG) (one employee turnover between treatment periods). Only the first author had an existential therapy background and he gave a singular, 60 minutes introduction to existential theory to the other psychologists after the CTG was finished. Both, CTG and ETG were manualized<sup>2</sup>. The ETG-manual had been delivered to the psychologists two months before ETG-treatment started, so that they could test it and ask the first author in case of any further questions or problems. However, no constant supervision was planned or accomplished.

### **10.3.4. Study settings and treatment program**

The study took place at the Interdisciplinary Pain Centre of the “Fachklinik Enzensberg” in Hopfen am See, southern Germany, from December 2009 to December 2010. The “Fachklinik Enzensberg” is a tertiary health care institution with 420 beds and several specialist divisions. The treatment of the Control Treatment Group (CTG) lasted from December 2009 to April 2010; the treatment of the Existential Treatment Group (ETG) from August to December 2010. A team of psychologists, doctors, physicians, nurses and creative therapists gave treatment-as-usual in the interdisciplinary treatment setting. This included diagnostics, medical treatment (e.g., medication, injections, electrotherapy), health and medical education, physical conditioning sessions, psychological group session, psychological one-on-one sessions, massages, creative therapy (music, dancing, painting) and activity skills management. The duration of stay was 3-5 weeks and patients lived in double-rooms in the clinic.

This study compared two active treatment groups. Treatment was restricted to the psychological group sessions and consisted of 10 sessions of 90 minutes each day (Monday –

---

<sup>2</sup> The manuals can be requested by the first author.

Friday). It was an adaption of the CBT-based “Marburger Pain Management Program for Group Therapy” for headache and back pain (Basler & Kröner-Herwig, 1998). CTG received the standard CBT-based group program (with some minor clinic-specific adaptations). ETG received the identical group program with two exceptions:

(1) Two particular treatment sessions were substituted with others. Here, the first session utilized “acceptance of loss and suffering” (the tragic aspects of human existence) rather than the normal utilization of “advertency/distraction and enjoyment.” Then, the second session replaced “operant factors of chronic pain” with “values and meaning.”

As it was highlighted in the introduction, in an existential view it is important that chronic pain patients face and accept the reality of suffering. The session started with a Buddhist story of a woman who lost her child, and was unable to let go, until Buddha taught her about the suffering we all endure. The rest of the session was a discussion about the story and any perceived connections of the patient’s experiences and attitudes toward suffering.

The session about “values and meaning” started with a sequence of *The Lord of the Rings – The Fellowship of the Ring*, a short conversation between the Hobbit Frodo and the Wizard Gandalf. The key scene begins with a comment from Frodo, who said “I wish the Ring had never come to me. I wish none of this had happened”. And Gandalf answered “So do all who live to see such times. But that is not for them to decide. All we have to decide is what to do with the time that is given to us.” This was the initial point for a discussion about the patients’ important purposes in life and how to live according to them in face of pain.

(2) The psychologists tried to establish an overall existential attitude in all ETG sessions. Treatment integrity was maintained by manualization.

### **10.3.5. Measures**

All participants completed a standard set of measures before and after treatment, and at a 3-month and 6-month follow-up, which included sociodemographic and pain-related items. The attending doctor identified the stage of chronicity, pain sites, and medical dia-

gnoses as specified by the Mainzer Pain Staging System, (MPSS; Gerbershagen, Lindena, Korb, & Kramer, 2002.).

#### *Pain intensity*

Subjects were asked to indicate their least, typical, most and current pain intensity on numerical rating scales, ranging from 0 (none) to 10 (worst). These four measures were aggregated to a single indicator of pain severity ( $M = 5.9$ ,  $SD = 1.3$ ).

#### *Pain-related disability*

Pain-related disability is defined as “the extent to which chronic pain interferes with a person’s ability to engage in various life activities” (Pollard, 1984, p. 974) and is assessed using the Pain Disability Index (PDI; Tait, Chibnall, & Krause, 1990). The PDI is a 7-item measure covering seven important life areas. It uses rating scales from 0 (no disability) to 10 (total disability). A global measure is generated by summing and averaging the scales ( $M = 4.5$ ,  $SD = 1.6$ ). The PDI has been widely used in the investigation of chronic pain. The German version of the PDI has been tested in several studies and confirmed with respect to its homogeneity and validity (Dillmann, Nilges, Saile, & Gerbershagen, 1994).

### **10.3.6. Statistical methods**

Statistical analyses were conducted on *IBM® SPSS® Statistics* (version 19.0.0) with parametrical tests. The study design involved a between-groups factor (ETG vs. CTG) and a within-group factor (pre-treatment vs. post-treatment, 3-month, and 6-month follow-up). We used repeated measures analysis of variance (ANOVAs) to test statistical significance, followed by tests of simple contrasts with pre-treatment as reference-point. The level of significance was set to  $\alpha = 5.0\%$ . Effect sizes were reported in  $\eta_p^2$  (partial eta squared) and Cohen’s  $d_z$  for repeated measures (Cohen, 1988) to quantify the magnitude of change in outcome between pre-treatment and post-treatment, 3-month and 6-month follow-up. We calculated Cohen’s  $d_z$  using the program *G\*Power 3.1* (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). By Cohen’s (1988) standards for research in the behavioural sciences, effect sizes

$d_z \geq 0.80$  for treatment effects in psychotherapy are considered large, effect sizes  $d_z \geq 0.50$  medium and  $d_z \geq 0.20$  small.

## 10.4. Results

### 10.4.1. Outcome at treatment conclusion, 3-month and 6-month follow-up

Table 2 presents the means, standard deviations, and the effect sizes of the main variables for each condition at baseline, post-treatment, 3-month, and 6-month follow-up. Pain severity and self-perceived pain-related disability decreased markedly between pre- and post-treatment.

**Table 4.2: Mean Values (SDs) and effect sizes for outcome measures at assessment points**

	ETG (n = 60)		CTG (n = 53)	
	M (SD)	$d_z$	M (SD)	$d_z$
Pain-related disability (PDI)				
Pre-treatment	4.7 (1.5)		4.4 (1.7)	
Post-treatment	3.6 (1.7)	0.77	4.0 (1.9)	0.28
3-month follow-up	3.9 (1.8)	0.52	4.4 (1.9)	0.05
6-month follow-up	4.0 (1.8)	0.43	4.5 (1.8)	-0.07
Pain severity				
Pre-treatment	6.1 (1.2)		5.8 (1.3)	
Post-treatment	5.4 (1.4)	0.65	5.3 (1.4)	0.38
3-month follow-up	5.4 (1.8)	0.47	5.3 (1.6)	0.31
6-month follow-up	5.4 (1.9)	0.44	5.3 (1.6)	0.31

**Note:** ETG = Existential Treatment Group; CTG = Control Treatment Group; All  $d_z$  are in comparison to pre-treatment

Because Mauchly's sphericity test was significant ( $\chi^2 = 31.73, p < .000$ ), it was necessary to alter the degrees of freedom by using the Greenhouse-Geisser correction. The repeated-measures ANOVA showed a significant effect of time ( $F(2.59, 287.89) = 11.60, p < .000$ ) and a significant interaction effect ( $F(2.59, 287.89) = 3.69, p < .02$ ) for pain-related disability

(see Table 3). The effect of condition was not significant. Tests of simple contrasts indicated significant improvement of disability for all three time periods,  $F(1,111) = 30.75$ ,  $p < .000$  for pre-treatment to post-treatment,  $F(1,111) = 9.53$ ,  $p = .003$  for pre-treatment to 3-month follow up, and  $F(1,111) = 3.91$ ,  $p = .05$  for pre-treatment to 6-month follow up. They also yielded significant interaction effects for all three time periods, all  $F$ 's (1,111)  $\geq 6.55$  and all  $p$ 's  $\leq .012$ . These results support our first hypothesis as it refers to the interaction effects.

**Table 4.3: Results of the repeated measures ANOVAs and the simple contrasts**

Repeated measures ANOVAs	SS	df	MS	F	p	$\eta_p^2$
Time						
Pain-related disability (PDI)	32.54	2.59	12.55	11.60	.000	.10
Pain severity	25.85	2.56	10.10	9.78	.000	.08
Time * Group						
Pain-related disability (PDI)	10.35	2.59	3.99	3.69	.017	.03
Pain severity	1.04	2.56	0.41	0.39	.725	.00
Error						
Pain-related disability (PDI)	311.31	287.89	1.08			
Pain severity	290.81	281.40	1.03			
<b>Simple Contrasts for pain-related-disability</b>						
Time						
Time 1 vs. Time 2	61.80	1	61.80	30.75	.000	.22
Time 1 vs. Time 3	20.20	1	20.20	9.53	.003	.08
Time 1 vs. Time 4	7.49	1	7.49	3.91	.050	.03
Time * Group						
Time 1 vs. Time 2	13.17	1	13.17	6.55	.012	.06
Time 1 vs. Time 3	14.54	1	14.54	6.86	.010	.06
Time 1 vs. Time 4	13.66	1	13.66	7.13	.009	.06
Error						
Time 1 vs. Time 2	223.04	111	2.01			
Time 1 vs. Time 3	235.15	111	2.12			
Time 1 vs. Time 4	212.52	111	1.92			

**Note:** SS = sum of squares; df = degrees of freedom; MS = mean square deviation; F = ANOVA statistic;  $\eta_p^2$  = partial eta squared

The effect sizes for the ETG were medium at post-treatment ( $d_z = 0.77$ ), medium at 3-month follow-up ( $d_z = 0.52$ ) and small at 6-month follow-up ( $d_z = 0.43$ ). For the CTG a small effect size was found at post-treatment ( $d_z = 0.28$ ), but no effects were found for either follow-up measurements.

Pain severity showed a significant effect of time ( $F(2,56,281.40) = 9.78, p < .000$ ), but no effects for interaction or condition. The improvement in pain severity sustains over all measure points for both conditions.

#### **10.4.2. Outcome-differences for spiritual and non-spiritual sub-groups in ETG and CTG**

To assess the influence of self-perceived spirituality/religiousness, we divided the sample into a spiritual/religious and a non-spiritual/religious sub-sample and again calculated repeated-measures ANOVAs with a between-groups factor (ETG vs. CTG) and a within-group factor (pre-treatment vs. post-treatment, 3-month, and 6-month follow-up) for each sub-sample.

For the non-spiritual sub-sample the repeated-measures ANOVA showed a significant effect of time ( $F(2,39,119.50) = 6.18, p = .002$ ) but no significant interaction-effect and no significant effect of condition. Tests of simple contrasts yielded only a significant effect of time for pre-treatment to post-treatment ( $F(1,50) = 18.92, p < .000$ ), but not for the 3-month or 6-month follow-up. For the spiritual sub-sample the repeated-measures ANOVA showed a significant effect of time ( $F(2,45,134.64) = 6.36, p = .001$ ) and a significant interaction effect ( $F(2,45,134.64) = 3.49, p = .025$ ), but no significant effect of condition. Tests of simple contrasts indicated significant improvement of outcome for pre-treatment to post-treatment ( $F(1,55) = 14.84, p < .000$ ), and for pre-treatment to 3-month follow up ( $F(1,55) = 7.40, p = .009$ ) but not for 6-month follow-up. They also yielded significant interaction effects for all three time periods, all  $F's(1,55) \geq 5.34$  and all  $p's \leq .025$ .

In the spiritual sub-sample there were no effect sizes for the CTG (all  $d_z \leq 0.16$ ) but for the ETG a large effect size at post-treatment ( $d_z = 0.89$ ), and medium effect sizes at 3-month follow-up ( $d_z = 0.64$ ) as well as at 6-month follow-up ( $d_z = 0.49$ ). In the non-spiritual sub-

sample, medium effect sizes were found at post-treatment for the CTG ( $d_z = 0.61$ ) as well as for the ETG ( $d_z = 0.63$ ). Whereas for the ETG, also small effect sizes were found at 3-month follow-up ( $d_z = 0.36$ ) and 6-month follow up ( $d_z = 0.39$ ), but for the CTG no effects were found at the follow-up time periods. Table 4 reports the means, standard deviations and effect sizes for both sub-samples and both conditions.

**Table 4.4: Means (SDs) and effect sizes for pain-related disability at assessment points, sepreated for spiritual vs. non-spiritual**

	Spiritual (n = 57)				Mon-Spiritual (n = 52)			
	ETG (n = 29)		CTG (n = 28)		ETG (n = 29)		CTG (n = 23)	
	M (SD)	$d_z$	M (SD)	$d_z$	M (SD)	$d_z$	M (SD)	$d_z$
Pain-related disability								
Pre-treatment	4.6 (1.4)		4.8 (1.7)		4.7 (1.5)		4.2 (1.5)	
Post-treatment	3.5 (1.8)	0.89	4.5 (2.1)	0.16	3.7 (1.5)	0.63	3.4 (1.5)	0.61
3-month follow-up	3.7 (1.9)	0.64	4.7 (2.1)	0.05	4.1 (1.8)	0.36	4.1 (1.7)	0.06
6-month follow-up	3.9 (1.9)	0.49	4.9 (2.0)	-0.08	4.2 (1.6)	0.39	4.2 (1.5)	0.00

**Note:** ETG = Existential Treatment Group; CTG = Control Treatment Group; All  $d_z$  are in comparison to pre-treatment

## 10.5. Discussion

The aim of this study was to investigate the effects of the integration of an existential perspective into a CBT-based group-program. Consistent with our hypotheses, the ETG proved to be more effective in reducing self-perceived pain-related disability than the CTG. Although both group-programs showed significant improvement at post-treatment, the effect size of the CTG was only small, and for both follow-ups there were no effects at all. In contrast, the effect size of the ETG was medium at post-treatment, medium at 3-month follow-up and still small at 6-month follow-up measurements. Therefore, the results indicate that including an existential perspective leads to both greater and more sustaining improvement of pain-related disability.



We also hypothesised that there would be a greater improvement of the existential approach for those patients who approved the question “Do you see yourself as spiritual/religious?” The results support our hypotheses and lead to a more sophisticated view on spirituality as a resource. The spiritual persons in the ETG showed the greatest and most sustaining improvement, while the spiritual persons in the CTG showed no significant improvement at all. It can be deduced that existential aspects are particularly important for patients with a spiritual orientation, because those patients apparently did not profit from the standard, only on control focused CBT-approach. We assume that for spiritual persons the interpretation and consideration of the chronic pain and its negative consequences in transcendental and meaningful ways is important. Such transcendental and meaningful considerations were part of the two existential sessions but not of the control-focused CTG-sessions. Raspe (1990) reported that at least one third of chronic rheumatism patients do think about their pain in religious terms. This is surely an important sub-area in the improvement of chronic pain treatments and more investigation is needed in this matter.

Both conditions showed significant improvement for pain severity, which was sustained over all three assessment time-intervals after treatment. Therefore, it is not easy to interpret the reduction of pain-related disability. However, whereas analyses showed a significant effect of interaction for pain-related disability, there was no interaction effect for pain severity. We deduce that the improvement in pain-related disability is not associated with the reduction of pain, because although the pain-reduction sustains, the effect on disability regresses, especially in the CTG. In addition there is evidence that pain severity is associated only with maladaptive ways of coping (Zautra, et al., 1995).

There are several posited explanations for the benefit of including existential aspects. Some points were considered in the Introduction. One possibility is that traditional control-focused CBT-based approaches adhere to the same perspective as the patients. Chronic pain patients usually struggle for a long period of time by attempting to do it “the right way,” achieve control over the pain and defeat the pain, while sustaining hope for the continuation of life as it was before the pain (which most likely will not occur). Like many people in our culture, such patients think that the world and what happens in it is mana-

geable (Lerner & Miller, 1978). There needs to be another perspective, which enables the acceptance of chronic pain as remaining part of one's life, and which facilitates the patient making the best of life with that disability. This is an outlook that acknowledges the many uncontrollable, tragic, and unjust aspects in life that can occur. The existential perspective offers a different view on the world and what it means to be human.

Additionally, the two existential group sessions ("acceptance of loss and suffering" and "values and meaning") were often rather emotional and personal, in contrast to the control-focused sessions. Indeed, according to Moses and Barlow (2006), emotional activation enhances the efficiency of psychotherapy. In our experience it was helpful to hold the discussion of existential aspects in a group setting. Many patients are more open and willing to discuss their personal problems with fellow sufferers. It is often easier to accept a different and undesired perspective as helpful if it is expressed or supported by another chronic pain patient.

There are a number of limitations to this study. First, the sample was highly selective in that it includes patients who have longstanding pain, and for whom many other treatments had failed before being referred to a special pain clinic. Additionally, the current results were obtained under highly specific conditions. Treatment was interdisciplinary, intensive and residential. It is possible that the present findings may not generalize to other chronic pain patients treated under different circumstances. Second, the two samples were not randomized, which can appear as a significant limitation. Due to the lack of randomization, it cannot be ruled out that the effects between the groups could be traced back to one or more unknown factors. Because the patients lived together in the clinic during treatment and so exchanged views among one another, the allocation-procedure by the different time periods of treatment was favoured to avoid interactions between the treatment groups. Furthermore, because all therapists knew about the study's background, it cannot be ruled out, that there are allegiance effects. Another limitation is the lack of assessment of personality disorders and history of psychological traumas. They are often associated with pain and may be relevant factors for specific treatment effects. A further limitation is the reliance on the measurements of pain-related disability with just one inventory, and

that data collection relied on self-reports. However, we want to emphasize that the treatment examined here occurred in a “real life” clinical situation with a group of relatively unselected patients suffering from substantial disability and with a history of many ineffectual treatments. Future investigations attempting to replicate and extend the results of this study are needed. Further studies may benefit from the inclusion of other outcome variables, longer-term follow-up assessments, and perhaps tests of generalizability to other settings and patient groups.

We emphasize that a complex view is important. Although control and acceptance are complementary forms of coping, both are important. With the start of chronic pain management, control-orientated coping might be more important and acceptance may have negative effects. But when attempts at controlling pain fail, they may bring discouragement, and sustaining attempts at control can have significant negative impact on adjustment to chronic pain (McCracken & Eccleston, 2003). There is some evidence that acceptance plays a more important role in advanced stages of chronic illness (Schmitz, Saile, & Nilges, 1996). This refers to Frankl's view, that “the achievement of meaning through suffering, can take place only when the suffering is unavoidable and inescapable” (Frankl, 1967b, p. xiii). Because in this study almost all patients showed the highest stage of chronicity, further studies are needed to examine this issue.

Furthermore, we see the results of this study in connection with an issue that is largely neglected in the research and treatment of chronic pain: grief (Reed, 1999; Sagula & Rice, 2004). Chronic pain means loss – e.g., loss of wellbeing, functioning, social roles, relationships, work, or future perspectives. These losses are so severe that they impact upon the patients' sense of who they are (Morley, 2011), and so may easily lead to a crisis of meaning. Viewed in narrative terms, patients with chronic pain have difficulties in assimilating the loss experience into their self-narrative (Angus & McLeod, 2004; Shear, Boelen & Neimeyer, 2011). Therapy should help them to reconstruct a (revised) self-narrative and find life meanings. The existential group interventions in this study can be seen as only a first step into a process of grief and searching for meaning. It was only an impulse to face pain as sustaining and to accept suffering as a human condition, as well as an impulse to

reorientate on remaining meaningful life-activities. There is a growing body of research on meaning-reconstruction in the wake of loss (Neimeyer, Harris, Winokuer & Thornton, 2011) and we think that the consideration of those insights would enrich the understanding and treatment of chronic pain.

We do not imply that there is one best way in dealing with chronic pain. The most effective treatment will depend on the unique history and circumstances of the individual patient. However, the integration of an existential perspective in a CBT-based group program brought significant improvement. The utilisation of an existential intervention provided only a small glimpse of the potential of this type of treatment, and suggests the benefit of further including this approach in the treatment of chronic illness. Furthermore, we do not claim that this is a new and separate approach of treatment. The therapeutic principles in our approach refer to well-known general principles of therapeutic change (Castonguay & Beutler, 2006). However, we believe that, in comparison to the classic CBT-based program, the adherence to the different principles is more balanced within the enriched existential program. For example, by not only trying to enhance pain-reduction strategies, but also acknowledging the patients' suffering and their struggle for meaning, this may result in stronger therapeutic alliance, more perceived empathy and positive regard. Consequently, this brings about, for example, enhanced relationship factors.

## 10.6. References

- Angus, L. E. & McLeod, J. (2004). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Basler, H. D. & Kröner-Herwig, B. (1998). *Psychological treatment for headache and back pain*. München: Quintessenz.

- Brandstädter, J. (2007). Persistent target tracking and flexible target adaption as developmental resources: The model of assimilative and accommodative processes. In J. Brandstädter & U. Lindenberger (Eds), *Developmental psychology of life span*, (pp. 413–445), Stuttgart: Kohlhammer.
- Branstetter-Rost, A., Cushing, C. & Douleh, T. (2009). Personal Values and Pain Tolerance: Does a Values Intervention Add to Acceptance? *The Journal of Pain*, 10, pp. 887–892.
- Breivik, H., Collett, B., Ventafridda, V., Cohen, R. & Gallacher, D. (2010). Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 14, pp. 170–175.
- Cain, D. J. (2002). *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Castonguay, L. G. & Beutler, L. E. (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioural Sciences*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cooper, M. (2003). *Existential Therapies*. Los Angeles: Sage.
- Corbett, L. & Milton, M. (2011). Existential therapy: A useful approach to trauma? *Counselling Psychology Review*. 26, pp. 62–74.
- Dillmann, U., Nilges, P., Saile, H. & Gerbershagen, H. U. (1994). Assessing disability in chronic pain patients. *Schmerz*, 8, pp. 100–110.
- Edwards, D. J. (1990). Cognitive-behavioural and existential-phenomenological approaches to therapy: Complementary or conflicting paradigms? *Journal of Cognitive Psychotherapy*. 4, pp. 105–120.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioural, and biomedical sciences. *Behaviour Research Methods*, 39, pp. 175–191.
- Frankl, V. E. (1967a). *Psychotherapy and existentialism*. New York: Clarion.

- Frankl, V. E. (1967b). *The doctor and the soul. From psychotherapy to logotherapy*. New York: Bantam Books.
- Gatchel, R. J. & Okifuji, A. (2006). Evidence-based scientific data documenting the treatment and cost-effectiveness of comprehensive pain programs for chronic nonmalignant pain. *Journal of Pain*, 7, pp. 779–793.
- Gebler, F. A. (2009). *The Existential Perspective in Psychotherapy*. Schwangau: Quellwaser.
- Gebler, F. A. (2010). Integration of an Existential Perspective into Cognitive Behavioural Therapy of Chronic Pain. *Verhaltenstherapie*, 20, pp. 127–134.
- Gebler, F. A. & Maercker, A. (2007). Expressive writing and existential writing as coping with traumatic experiences – A randomized controlled pilot study. *Trauma und Gewalt*, 1, pp. 264–271.
- Gebler, F. A. & Maercker, A. (2012). Integration of an existential perspective into a cognitive behavioural group program for chronic pain: A controlled trial in a hospital setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41 (2), ??–??.
- Gerbershagen, H. U., Lindena, G., Korb, J. & Kramer, S. (2002). Health-related quality of life in patients with chronic pain. *Schmerz*, 16, pp. 271–284.
- Hayes, S. C. (2008). Climbing Our Hills: A Beginning Conversation on the Comparison of Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behavioural Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, pp. 286–295.
- Hayes, S. C. & Duckworth, M. P. (2006). Acceptance and Commitment Therapy and Traditional Cognitive Behaviour Therapy Approaches to Pain. *Cognitive and Behavioural Practice*. 13, pp. 185–187.
- Hofmann, S. G. (2008). Acceptance and Commitment Therapy: New Wave or Morita Therapy? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15, pp. 280–285.
- Jaspers, K. (1973). *Philosophie II: Existenzerhellung*. Berlin: Springer.
- Kröner-Herwig, B. (2009). Chronic pain syndromes and their treatment by psychological interventions. *Current Opinion in Psychiatry*, 22, pp. 200–204.
- May, R. (1979). *Psychology and the human dilemma*. New York: Norton and Company.

- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with the pain: acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74, pp. 21–27.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, pp. 197–204.
- McCracken, L. M. & Eccleston, C. (2005). A prospective study of acceptance of pain and patient functioning with chronic pain. *Pain*, 118, pp. 164–169.
- McCracken, L. M. & Gutierrez-Martinez, O. (2011). Processes of change in psychological flexibility in an interdisciplinary group-based treatment for chronic pain based on acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, pp. 267–274.
- McCracken, L. M. & Yang, S. Y. (2006). The role of values in a contextual cognitive-behavioural approach to chronic pain. *Pain*, 123, pp. 137–145.
- McCracken, L. M. & Zhao-O'Brien, J. (2010). General psychological acceptance and chronic pain: There is more to accept than the pain itself. *European Journal of Pain*, 14, pp. 170–175.
- Morley, S. (2011). Efficacy and effectiveness of cognitive behaviour therapy for chronic pain: Progress and some challenges. *Pain*, 152, pp. S99–S106.
- Morley, S., Eccleston, C. & Williams, A. (1999). Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache. *Pain*, 80, pp. 1–13.
- Moses, E. B. & Barlow, D. H. (2006). A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Current Directions in Psychological Science*, 15, pp. 146–150.
- Neimeyer, R. A., Harris, D. L., Winokuer, H. R. & Thornton, G. F. (2011). *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. New York: Routledge.
- Noyon, A. & Heidenreich, T. (2007). Existential Perspective in Behaviour Therapy. *Verhaltenstherapie*, 17, pp. 122–128.



- Ottens, A. J. & Hanna, F. J. (1998). Cognitive and Existential Therapies: Toward an Integration. *Psychotherapy*, 35, pp. 312–324.
- Pollard, C. A. (1984). Preliminary validity study of the Pain Disability Index. *Perceptual and Motor Skills*, 59, p. 974.
- Raspe, H. H. (1990). Theory and measurement of „quality of life“ in medicine. In P. Schölmerich & G. Thews (Eds.), *Quality of life as a criterion of evaluation in medicine* (pp. 23–40). Stuttgart: Fischer.
- Reed, L. W. (1999). The efficacy of grief therapy as a treatment modality for individuals diagnosed with co-morbid disorders of chronic pain and depression. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59(7-B), p. 3710.
- Sagula, D. & Rice, K. G. (2004). The effectiveness of mindfulness training on the grieving process and emotional well-being of chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 11, pp. 333–342.
- Schmitz, U., Saile, H. & Nilges, P. (1996). Coping with chronic pain: flexible goal adjustment as an interactive buffer against pain-related distress. *Pain*, 67, pp. 41–51.
- Shear, M. K., Boelen, P. A. & Neimeyer, R. A. (2011). Treating Complicated Grief. Converging Approaches. In R. A. Neimeyer, D. L. Harris, H. R. Winokuer & G. F. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice*. New York: Routledge.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T. & Krause, S. (1990). The Pain Disability Index: psychometric properties. *Pain*, 40, pp. 171–182.
- Thorsell, J., Finnes, A., Dahl, J. A., Lundgren, T., Gybrant, M., Gordh, T. & Buhrman, M. (2011). A Comparative Study of 2 Manual-based Self-Help Interventions, Acceptance and Commitment Therapy and Applied Relaxation, for Persons With Chronic Pain. *The Clinical Journal of Pain*, 27, pp. 716–723.
- Turk, D. C. (2005). The Potential of Treatment Matching for Subgroups of Patients With Chronic Pain: Lumping Versus Splitting. *The Clinical Journal of Pain*, 21, pp. 44–55.



- Veehof, M. M., Oskam, M.-J., Schreurs, K. M. G. & Bohlmeijer, E. T. (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain*, 152, pp. 533–542.
- Vlaeyen, J. W. S. & Morley, S. (2005). Cognitive-Behavioural Treatments for Chronic Pain: What Works for Whom? *The Clinical Journal of Pain*, 21, pp. 1–8.
- Vowles, K. E. & McCracken, L. M. (2010). Comparing the role of psychological flexibility and traditional pain management coping strategies in chronic pain treatment outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 48, pp. 141–146.
- Walsh, R. A. & McElwain, B. (2002). Existential psychotherapies. In D. J. Cain (Ed), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*, (pp. 253–278), Washington, DC: American Psychological Association.
- Yalom, I. D. (2000). *Existential Psychotherapy*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Zautra, A. J., Burleson, M. H., Blalock, S. J., De Vellis, R. F., De Vellis, B. M., Smith, C. A. et al. (1995). Arthritis and perceptions of quality of life: an examination of positive and negative affect in rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology*, 14, pp. 399–408.

# ANHANG

## **11. Ein kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm bei chronischen Schmerzen**

Ein angepasstes Manual des Marburger Schmerzbewältigungsprogramms

### **11.1. Erste Gruppensitzung: Einführung in das Programm**

#### **11.1.1. Vorstellungsrunde**

Jedes Gruppenmitglied stellt sich kurz vor. Die Teilnehmer können sich jedoch an folgenden Stichpunkten orientieren:

- Name
- Beruflicher Hintergrund
- Privater Hintergrund, wie Familie, Hobbys oder Interessen
- Aktuelle Schmerzproblematik
- Erwartungen an die Gruppe
- Was würden Sie heute machen, wenn Sie nicht hier wären?

Jeder ist frei, nur soviel von sich mitzuteilen, wie er mag und sich wohl fühlt. Keiner soll sich gezwungen fühlen, mehr von sich preis zu geben wie er möchte. Die Schilderungen zur Schmerzproblematik sollen sich auf die aktuelle Problematik beschränken und es soll nicht auf die Schmerzentwicklung eingegangen werden.

### 11.1.2. Gruppenregeln

Die Regeln sollten als gemeinsamer Konsens von allen akzeptiert und verabschiedet werden. Gemeinsame freiwillige Verpflichtung darauf, so dass man sich auf die gemeinsam vereinbarten Regeln berufen kann.

- Schweigepflicht
- Pünktlichkeit (5-Minuten-Regel)
- Respektvoller Umgang miteinander:
  - Es spricht immer nur eine Person
  - Einander ausreden lassen
  - Andere und deren Aussagen nicht abwerten
  - Nur Ich-Botschaften / Eigene Erfahrungen

### 11.1.3. Übersicht über die Behandlung

#### *Behandlungskonzept*

Der Gruppenleiter gibt einen Überblick zu dem organisatorischen Ablauf der Gruppensitzungen. Folgende Punkte sollen angesprochen werden:

- Dauer der Behandlung (Täglich, Anzahl der Sitzungen)
- Dauer der einzelnen Sitzungen
- Allgemeine Sitzungsstruktur (Positive Erlebnis, Entspannung, Themenarbeit)

Dann gibt der Gruppenleiter zunächst einige grundsätzlichen Hinweise zum Behandlungskonzept:

*Ich möchte Ihnen zunächst erläutern, welche Ziele wir mit der Gruppenarbeit verfolgen und wie diese Ziele erreicht werden können. Wir wollen und können Ihnen nicht versprechen, dass Sie im Laufe der Gruppenbehandlung völlig von Ihren Schmerzen befreit werden. Sie können allerdings folgendes erreichen:*

1. *Sie lernen verschiedene Verfahren kennen, die Ihnen helfen, aktiv etwas zur Linderung Ihrer Schmerzen zu unternehmen.*

2. Sie werden lernen, den Schmerz, um den sich bereits sehr vieles in ihrem Alltagsleben dreht, stärker in den Hintergrund treten zu lassen. Sie können Strategien entwickeln, sich nicht unterkriegen zu lassen und wieder mehr Lebensfreude zu gewinnen, so dass Sie sich wieder mehr auf andere Dinge des Lebens konzentrieren können.
3. Viele von Ihnen werden dadurch Schmerzmedikamente einsparen können, die ja bei fortwährender Einnahme aufgrund der unerwünschten Nebenwirkungen problematisch sind.
4. Sie können lernen, vorbeugend Einfluss auf die Entstehung Ihrer Schmerzen zu nehmen.

Sie können also lernen, selbst Einfluss auf Ihre Schmerzen zu nehmen und Ihre Schmerzen selbst zu lindern. Sie können lernen, besser mit Ihren Schmerzen umzugehen, und es wird Ihnen damit wahrscheinlich auch gelingen, die Auftretenshäufigkeit oder die Intensität Ihrer Schmerzen zu reduzieren.

Das Programm ist bereits mit vielen Schmerzpatienten erfolgreich durchgeführt und wissenschaftlich überprüft worden. Dabei hat sich immer wieder herausgestellt, dass es wichtig und unerlässlich für den Erfolg ist, dass Sie an allen Sitzungen teilnehmen und sich aktiv an dem Programm beteiligen.

Kommen wir nun zu den einzelnen Elementen des psychologischen Schmerzbewältigungsprogramms, an dem Sie in den nächsten zweieinhalb Wochen teilnehmen werden. Wir werden uns mit folgenden Bereichen beschäftigen:

- Erlernen eines Entspannungsverfahrens (PMR)
- Informationen zur Schmerzverarbeitung und Schmerzchronifizierung
- Aufmerksamkeitslenkung bei Schmerz (äußere und innere Ablenkung)
- Verstärker von Schmerzen
- Stressentstehung und Stressbewältigung
- Analyse und Veränderung schmerzfördernder Gedanken und Gefühle
- Analyse und Veränderung von schmerzfördernden Bedingungen

*Weitere organisatorische Punkte*

1. Begleitbroschüre
2. Schmerzausflug
3. Kreativtherapeutisches Angebot
4. Hundeausflug

**11.1.4. Sitzungsabschluss****11.2. Zweite Gruppensitzung: Einführung in die Entspannung (PMR)****11.2.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis****11.2.2. Entspannung: PMR***Hinführung*

Zunächst soll über die Bedeutung von regelmäßiger Entspannung bei chronischen Schmerzen gesprochen werden. Dabei geht es um Aspekte wie:

- Schmerz-Muskelspannung: Reflexhaftes Anspannen bei Schmerzen und damit Verspannungen bei längeren Schmerzen, was zu verstärkten Schmerzen führt (mechanische und chemische Schmerzrezeptoren).
- Schmerzen als Stressor: Entspannung als Regulationsmethode

Regelmäßige Entspannung führt zu einer Verringerung der körperlichen und psychischen Erregung und verbessert die Regulation des vegetativen Nervensystems. Körperliche Entspannung setzt direkt an der verspannten Muskulatur an und kann über eine Spannungsverringerung auch langfristig den Schmerz günstig beeinflussen. Es ist wichtig den Teufelskreis aus Schmerz-Verspannung-Schmerz regelmäßig aktiv mit Entspannung

zu durchbrechen. Anschließend soll über die Relevanz eines systematischen Übungsprogrammes eingegangen werden, beispielhaft so:

*Wozu braucht man eigentlich ein Entspannungsverfahren – Entspannen kann doch eigentlich eh jeder, oder? Die Erfahrung zeigt jedoch etwas anderes: Nicht jeder kann gut entspannen. Entspannung ist etwas das man lernen und üben kann, und das mit steigender Übung immer besser funktioniert. Es ist wie mit Tanzen oder dem Spielen eines Musikinstrumentes – umso mehr man übt, umso besser geht es. Um aber etwas zu Üben, ist es gut und hilfreich, eine Anleitung oder ein Übungsprogramm zu haben, wie man beim Üben vorgeht; am besten ein systematisches Übungsprogramm. Eine solche systematische Anleitung zum Üben von Entspannung ist beispielsweise die „Progressive Muskelentspannung nach Jacobson“, abgekürzt PMR. Daneben gibt es auch das „Auto- gene Training“ (AT), das auch sehr bekannt ist. Beide sind schon sehr alt und sehr oft wissenschaftlich überprüft worden, ob diese Entspannungsverfahren auch wirklich was bringen, also ob es funktioniert (dass man mit ihnen besser entspannen kann). Und es hat sich immer wieder gezeigt: die sind gut und bringen was. Allerdings sind sie nicht für jeden gleich gut geeignet. Beispielsweise kommen viele mit der PMR besser zurecht, die mit dem AT nicht so gut zurecht kamen.*

*Die Vorteile dieses Verfahrens sind, dass es relativ leicht und schnell erlernbar ist; es keine unerwünschten Nebenwirkungen hat und man nach einer Einübungsphase keine äußeren Hilfsmittel mehr braucht, so dass es in fast allen Alltagssituationen einsetzbar ist. Außerdem wird sich Ihre Körperwahrnehmung verbessern, so dass Sie frühzeitiger erkennen können, wann und wo Anspannungen im Körper zunehmen.*

### Informationen zur PMR

Es erfolgt eine kurze Einführung in die PMR, deren Grundprinzipien und günstige Rahmenbedingungen von Entspannungsübungen. In etwa so:

Wie läuft die PMR ab? Vorab ist zu sagen, dass es sich um ein geleitetes Verfahren handelt; das bedeutet, dass sie sich nicht alles merken müssen, was ich ihnen nun erzähle, sondern dass sie dann von mir angeleitet werden, so dass sie immer wissen, was sie machen müssen. Das ist zum Erlernen recht angenehm und einfacher.

Die PMR ist ein recht mechanisches Verfahren. Es arbeitet rein über bewusstes Anspannen von einzelnen Muskelgruppen und anschließendem bewussten Lockerlassen. Genau genommen handelt es sich um 5 Phasen, die sich immer wieder wiederholen:

1. Aufmerksamkeit auf eine Muskelgruppe hinrichten und genau wahrnehmen, wie sich die Muskulatur dort gerade anfühlt (z. B. rechter Unterarm)
2. Leichtes Anspannen dieser Muskelgruppe
3. Spannung halten und genaues Wahrnehmen, wie sich die Muskelspannung anfühlt
4. Die Spannung mit dem nächsten Ausatmen bewusst lösen und die Muskulatur entspannen
5. Nachspüren, wie sich die Muskulatur im entspannten Zustand anfühlt (im Unterschied zu Anspannung davor)

Schritt für Schritt werden so nacheinander alle Muskelgruppen des Körpers angespannt. Danach kommt eine Ruhephase, in der Sie für ca. 5 Minuten einfach die Entspannung oder die Musik genießen können und ich nichts mehr sage. Gegen Schluss kündige ich das Ende an, dann haben Sie aber noch ein bisschen Zeit und ganz am Ende leite ich sie an ein paar Mal tief Durchzuatmen und sich zu recken und zu strecken, damit ihr Kreislauf wieder in Schwung kommt.

An Grundregeln und Rahmenbedingungen sind unter anderem anzuführen:

- Nur leichtes Anspannen der Muskeln; auf keinen Fall Schmerzverstärkung oder Muskelverkrampfungen
- Während dem Anspannen normal Weiteratmen
- Kein Leistungsdruck (Entspannung ist nicht machbar, sondern geschieht)
- Entspannungsförderliche Bedingungen schaffen, wie z. B. noch auf die Toilette gehen, alles ablegen was drücken könnte, Decken wenn man leicht friert etc.



- *Auch die Entspannung muss man nicht „durchhalten“ – Vereinbarungen treffen, wenn Entspannung unangenehm und deswegen abgebrochen wird*

### *Durchführung der PMR*

#### *Erfahrungsaustausch und ergänzende Hinweise*

Nach einer kurzen Rückmelderunde werden noch einige Regeln und Empfehlungen für das eigenständige Üben der PMR besprochen. Wenn noch Zeit ist, können noch Erfahrungen und alternative Möglichkeiten zu Entspannen besprochen und diskutiert werden.

## **11.3. Informationen über Schmerz und Schmerzchronifizierung I**

### **11.3.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **11.3.2. Entspannungsübung PMR mit Nachbesprechung**

### **11.3.3. Informationen zur Schmerzverarbeitung**

#### *Schmerzfilm vorführen*

#### *Nachbesprechung des Videos*

#### **Akuter Schmerz**

- Funktionalität von Schmerz
- Schmerzwahrnehmung auf neuronaler Ebene
- Gehirn als zentrales Wahrnehmungsorgan
- Neuronale Ähnlichkeiten von körperlichem und seelischem Schmerzerleben

### **Chronifizierung von Schmerz: Neuronale Mechanismen**

- Begriff „Chronischer Schmerz“ besprechen
- Heterogenität des Bereiches „Chronischer Schmerz“
- Neuronale Anpassungsprozesse bei Chronifizierung
- Buch Schmerzen verstehen empfehlen
- Konsequenzen für die Therapie (zentraler Ansatzpunkt: Erfahrungsbedingte Veränderungen)

## **11.4. Informationen über Schmerz und Schmerzchronifizierung II**

### **11.4.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **11.4.2. Entspannungsübung PMR mit Nachbesprechung**

### **11.4.3. Chronifizierung von Schmerz: Psycho-Soziale Chronifizierungsfaktoren**

- Klärung des Begriffs: „Psyche/Seele“ bzw. „Psychologie“; es geht nicht um die abstrakte Idee der Seele, sondern um das „Verhalten, Erleben und Bewusstsein des Menschen“
- Tafelbild zu den Bereichen Verhalten – Gefühle – Gedanken: Typische Reaktionen auf Schmerzen in diesen Bereichen besprechen, deren Sinnhaftigkeit und Normalität unterstreichen, und dann deren längerfristigen negativen Effekte sowie deren Zusammenhänge erarbeiten und herausstellen.
- Verdeutlichung der multimodalen Einheit von Schmerz / Schmerzchronifizierung und dessen Komplexität

## **11.5. Schmerzerleben und Aufmerksamkeitslenkung**

### **11.5.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **11.5.2. Entspannungsübung PMR mit Phantasiereise mit Nachbesprechung**

### **11.5.3. Die Bedeutung von Aufmerksamkeitslenkung**

Es gibt Menschen, die in jahrelanger Übung gelernt haben, willentlich Schmerzen so stark unter Kontrolle zu bekommen, dass sie anscheinend überhaupt keine Schmerzen mehr spüren, wenn sie Schmerzreizen ausgeliefert sind. Dabei spielen psychische Faktoren eine wichtige Rolle. Psychosoziale Faktoren spielen nicht nur bei dem Prozess der Chronifizierung eine wichtige Rolle, sondern auch bei der Schmerzwahrnehmung an sich. Nur mit dem Einfluss psychischer Faktoren sind Phänomene wie beispielsweise Schmerzlinderung durch Hypnose zu erklären.

#### *Beispiel: Fakir*

Ein Fakir kann Schmerzreize dadurch, dass er sich ganz stark auf etwas anderes konzentriert, nahezu vollständig kontrollieren. Von zentraler Bedeutung ist die extreme Kontrolle der Aufmerksamkeit. Die Fähigkeit des Menschen, mit Hilfe seiner Aufmerksamkeit aktiv Teile der Umwelt auszuwählen, sie in den Mittelpunkt seines Bewusstseins zu rücken und andere Teile daraus zu verdrängen, ist in vielen Situationen eine höchst nützliche und wertvolle Eigenschaft. So können wir uns konzentrieren oder uns mit bestimmten Dingen beschäftigen, ohne von der Vielfalt der auf uns eindringenden Reize hilflos hin und her getrieben zu werden. Manchmal kann diese selektive, d. h. auf einen bestimmten Aspekt gerichtete Aufmerksamkeit aber auch ungünstig sein. Das ist dann der Fall, wenn wir es uns zur Gewohnheit gemacht haben, die negativen Aspekte der Umwelt oder des eignen Erlebens in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu rücken. Dann werden wir z. B. an anderen Menschen vorwiegend die negativen Eigenschaften wahrnehmen oder im Leben vorwiegend die Belastungen und nicht auch die Freuden des Alltags

sehen. Und nicht selten wird aufgrund dieser gefilterten Wahrnehmung der Schmerz zum Mittelpunkt des Lebens.

Aufgrund der Schmerzen können viele PatientInnen ihrer gewohnten Arbeit nicht mehr so wie früher nachgehen. Viele schränken auch ihre Freizeitaktivitäten ein, haben dadurch zunehmend weniger soziale Kontakte und fühlen sich mit ihren Schmerzen alleine und ihnen hilflos ausgeliefert. Die eigene Aufmerksamkeit richtet sich mehr und mehr auf den Schmerz und die damit verbundenen Einschränkungen und kann so das Schmerzerleben noch verstärken. Angenehme Tätigkeiten werden in den Hintergrund gedrängt oder geraten in Vergessenheit.

### *Aufmerksamkeitsscheinwerfer*

Der „Aufmerksamkeitsscheinwerfer“ ist „festgerostet“, so dass er nur in die eine Richtung, nur auf den Schmerz scheinen kann. Ist dagegen der Scheinwerfer beweglich, so stehen auch mal andere, an- genehmere Dinge „im Licht“ der Aufmerksamkeit. Der Schmerz tritt in den Hintergrund, sozusagen in den Schatten der bewussten Wahrnehmung. Viele PatientInnen kennen diese Erfahrung, dass der Schmerz für eine Zeit lang in den Hintergrund treten. Oft sind dies Situationen, in denen die Sie sich intensiv auf etwas anderes konzentriert haben, z. B. auf eine interessante Unterhaltung. Sie kennen das bestimmt auch aus anderen Situationen, wie z. B. dass sie während eines fesselnden Gesprächs beim Essen den Geschmack der Speise gar nicht richtig wahrgenommen haben. Diese Wirkung der selektiven Aufmerksamkeit sollten sie zur Bewältigung ihrer Schmerzen sinnvoll einsetzen.

### *Eiswassertest*

Die Wirksamkeit von Ablenkungstechniken ist auch in wissenschaftlichen Experimenten untersucht und bewiesen worden. ...

Was bedeutet dies nun für Sie? Wenn sie lernen, nicht nur auf den Schmerz, sondern auch darauf zu achten, wann Sie sich wohl fühlen und wann Sie sich über etwas freuen, oder wenn Sie lernen, sich trotz der Schmerzen mit etwas Interessantem zu beschäftigen, so erreichen Sie damit, sich durch den Schmerz weniger beeinträchtigen zu lassen. Des-

halb wird es im Folgenden darum gehen, welche Möglichkeiten es gibt, sich von Schmerzen abzulenken und angenehme Erfahrungen intensiver wahrzunehmen und zu erleben.

### *Äußere Ablenkung*

Gemeinsam erarbeiten und sammeln an der Tafel, was die einzelnen Gruppenmitglieder bereits für Ablenkungsstrategien bei ihren Schmerzen anwenden. Welche Möglichkeiten gibt es vielleicht noch? Gibt es bestimmte Verhaltensweisen, die für die Schmerzbewältigung zwar kurzfristig Linderung aber langfristig eher negative Effekte haben (z. B. Rückzug, Vermeidungsverhalten).

Nicht alles hilft jedem Patienten gleich gut. Der Patient selbst muss das für sich raus finden und ist daher der erste Experte für sich und seine Schmerzen. Die PatientInnen sollten für sich experimentierten.

### *Innere Ablenkung*

Möglichkeiten, Vorteile und Nachteile der inneren Ablenkung erarbeiten.

## **11.6. Genuss**

### **11.6.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **11.6.2. Entspannungsübung PMR**

### **11.6.3. Einführung in die Genussprinzipien**

Der Gruppenleiter gibt eine kurze Einführung in das Thema, in etwa so:

*Wir wollen uns heute damit befassen, wie man angenehme Dinge noch intensiver wahrnehmen kann. Zu diesem Zweck ist es nützlich, sich einmal intensiver mit dem*

*Thema „Genießen“ zu beschäftigen. Auch Genießen will gelernt sein. Wie Sie wissen, gibt es Menschen, die auf bestimmten Gebieten ausgesprochene Genussspezialisten sind, wie z. B. Wein- oder Teekenner, Musikliebhaber oder Feinschmecker. Diese Menschen haben durch jahrelanges Lernen und durch Erfahrung ihre feine Zunge, das gute Gehör oder Auge ausgebildet. Zum Genießen gehören geschulte Sinne, denn Genuss ist immer an unsere Sinne gebunden.*

*Ich möchte gerne mit Ihnen einige Übungen durchführen, die dazu dienen sollen, die Sinne zu schärfen. Denn manchmal haben wir unsere Sinne so abstumpfen lassen, dass wir schöne Dinge gar nicht mehr wahrnehmen. Zunächst soll aber darüber gesprochen werden, was zu beachten ist, wenn man etwas genießen will.*

Anschließend werden die Genussregeln mit der Gruppe erarbeitet und erläutert:

1. Nimm Dir Zeit zum Genießen: Genuss kann nicht unter Zeitdruck erlebt werden. Wer genießen will, muss sich dafür gezielt Zeit nehmen.
2. Gönn Dir Genuss: Viele Menschen haben Hemmungen und schämen sich, wenn sie sich selbst etwas Gutes tun wollen. Hier kommt es darauf an, sich über unnötig gewordene Genussverbote bewusst zu werden und diese fallen zu lassen.
3. Genieße bewusst: Wer Genuss erleben möchte, muss sich auf das konzentrieren, was er genießen möchte, wie etwa eine schöne Mahlzeit, und muss dabei andere Tätigkeiten oder Störungen ausschalten. Genuss setzt damit die Fähigkeit voraus, seine Aufmerksamkeit gezielt lenken zu können.
4. Genieße auf Deine Art: Genuss ist individuell verschieden. Genuss bedeutet für jeden etwas anderes. Es kommt darauf an, herauszufinden, was einem gut tut und wann einem etwas gut tut. Oder auch, was einem eben nicht gut tut, auch wenn andere es toll finden.
5. Genieße lieber weniger, dafür richtig: Ein weitverbreitetes Missverständnis über Genießen ist, dass derjenige mehr genießt, der mehr konsumiert. Für den Genuss ist jedoch nicht die Menge, sondern die Qualität des Erlebens entscheidend. Und ein Zuviel wirkt auf die Dauer übersättigend und langweilig.

6. Schule Deine Sinne für Genuss: Genießen setzt feine Sinne voraus, die durch Erfahrung geschult und trainiert wurden. Beim Genießen kommt es auf die Wahrnehmung von Nuancen an. Es gilt hier, die eigenen Sinne zu schärfen. Das geht am Besten dadurch, dass man regelmäßig trainiert die Aufmerksamkeit auf ein einziges Sinneserlebnis zu konzentrieren.
7. Überlasse Genuss nicht allein dem Zufall: Es ist nicht immer günstig den Genuss allein dem Zufall zu überlassen. Schöne und genussvolle Dinge kann man auch planen und die nötigen Voraussetzungen dafür schaffen.
8. Genieße die kleinen Dinge des Alltags: Genuss ist nicht zwangsläufig Sache des Außergewöhnlichen. Vielmehr gilt es, Genuss auch im ganz normalen Alltagsleben zu finden.

#### 11.6.4. Praktische Übung zum Riechen

Der Gruppenleiter richtet kleine Fläschchen mit verschiedenen Duftölen her. Zunächst gibt er eine kurze Entspannungsinstruktion. Anschließend teilt er die Duftfläschchen aus und gibt kurze Impulse, wie z. B.:

*Bitte versuchen Sie nun, Ihre Aufmerksamkeit einmal ganz auf die Geruchsempfindung zu lenken. Versuchen Sie, sich ganz auf den Duft zu konzentrieren. Lassen Sie sich ausreichend Zeit um Ihr Öl zu beschnuppern. Probieren Sie auch aus, welche Intensität der Empfindung Ihnen am angenehmsten ist, aus welcher Entfernung Ihnen der Duft am Besten gefällt.*

*Erlauben Sie sich, den Duft zu genießen. Lassen Sie Raum für Erinnerungen und Bilder, die Ihnen dazu in den Sinn kommen.*

- *Woran erinnert Sie der Geruch?*
- *Woher kennen Sie diesen Geruch?*
- *Welche Gedanken und Gefühle werden in Ihnen geweckt, wenn Sie sich auf den Duft konzentrieren.*

*Dann bittet der Gruppenleiter, dass der Gegenstand mit weiterhin geschlossenen Augen an den jeweils rechten Nachbarn weitergegeben wird und wiederholt die obige Instruktion. Nach Abschluss der Übung werden die Erfahrungen der Patienten besprochen.*

## **11.7. Stress I**

### **11.7.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **11.7.2. Entspannungsübung PMR**

### **11.7.3. Auslöser und Verstärker von Schmerzen**

Es sollen zunächst die persönlichen Auslöser und Verstärker von Schmerzen der Gruppenmitglieder an der Tafel gesammelt werden. Der Gruppenleiter kann das Thema in etwa wie folgt einleiten:

*Ich möchte heute ein neues Thema einführen: „Auslöser und Verstärker von Schmerzen“. Dieses Thema ist von großer Bedeutung, da es Ihnen die Chance ermöglicht, in Zukunft besser auf auslösende und verstärkende Bedingungen Ihrer Schmerzen zu achten. Je mehr Sie über Ihre persönlichen Auslöser und Verstärker wissen, umso eher wird es Ihnen möglich sein, diesen Auslösern entgegen zu wirken. Haben Sie bei sich Auslöser von Schmerzen beobachtet? Oder haben Sie bemerkt, was bereits vorhandene Schmerzen verstärkt?*

Der Gruppenleiter sammelt die Äußerungen und fordert die Runde auf, zu dem Genannten Stellung zu nehmen. An der Tafel werden die Auslöser gesammelt und in zwei Kategorien eingeteilt: die seelischen und die körperlichen Auslöser. Der Gruppenleiter sollte



darauf hinweisen, dass eine genaue Kenntnis des eigenen Schmerzes die Voraussetzung dafür ist, den Schmerz selbst kontrollieren zu können.

#### **11.7.4. Überleitung zu dem Thema Stress**

Das Gemeinsame an den „seelischen Auslösern“ ist, dass sie alle etwas mit Stress zu tun haben. Auslöser sind Stressoren, die Einfluss nehmen auf das Befinden, die Muskelspannung und schließlich auf den Schmerz (Folie: Stresskreis).

Da Stress in der Regel auf verschiedenen Ebenen einen großen Einfluss auf die Schmerzproblematik hat, ist es wichtig, diesem Thema größere Aufmerksamkeit zu schenken. Es soll daher im Folgenden darum gehen, was Stress eigentlich ist, wie Stress entsteht und dann besonders auch darum, wie man Stress entgegenwirken kann.

Gemeinsam wird erarbeitet, was bei Stress passiert, d. h. aus was die Stressreaktion besteht: auf den Ebenen Körpersymptome, Gefühle / Gedanken sowie Verhalten. Die Funktionalität der Stressreaktion soll besprochen werden, sowie dass nicht jeder Stress negative Folgen haben muss, sondern dass Stress eine normale Reaktion ist, die zum Leben gehört. Dennoch ist es besonders bei chronischen Schmerzen wichtig, Stress zu reduzieren.

### **11.8. Stress II**

#### **11.8.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

#### **11.8.2. Entspannungsübung PMR**

#### **11.8.3. Allgemeines Stressmodell**

Nach einer kurzen Wiederholung der letzten Sitzung soll gemeinsam ein allgemeines Stressmodell erarbeitet werden. Der Gruppenleiter kann dies in etwa wie Folgt einleiten:

*Ich möchte mit Ihnen zunächst erarbeiten, wann und wie Stress entsteht. Dazu möchte ich ein Beispiel machen. Stellen Sie sich einmal vor, ich gebe Ihnen jetzt 2-3 Minuten Zeit und dann wähle ich einen von Ihnen per Zufall aus und derjenige muss dann vor die Gruppe kommen und der Gruppe noch einmal genau erklären, welche Faktoren bei der Schmerzchronifizierung eine Rolle spielen und wie diese Faktoren zusammenhängen. – Können Sie sich das vorstellen? – Bei wem von Ihnen würde diese Situation Stress auslösen?*

In der Regel, wird diese vorgestellte Situation bei den meisten Patienten Stress auslösen, bei manchen jedoch nicht (ansonsten kann man fragen, ob sie sich auch jemanden vorstellen können, bei dem diese Situation keinen Stress auslöst). Es wird gemeinsam herausgearbeitet, dass es nicht die Situation an sich sein kann, die Stress auslöst (da es unterschiedliche Reaktionen gibt). Danach wird besprochen, weshalb die Situation bei manchen Stress auslöst und bei anderen nicht; Aspekte wie: ich kann mich nicht mehr so gut erinnern und kann es deshalb nicht richtig – ich mag einfach nicht vor anderen Reden – ich könnte mich blamieren – etc.

Der Gruppenleiter leitet daraus schließlich das 2-Faktoren-Modell ab und schreibt dies an die Tafel (Situation – Bedrohlich? – Can I cope?). Das Modell wird dann mit der Gruppe diskutiert bis alle Fragen oder Bedenken geklärt sind. Danach kann der Gruppenleiter noch einmal hervorheben, dass der Großteil dieses Prozesses innerhalb des Individuums liegt – die Situation also nur einen Teil des Stresses erklärt.

#### **11.8.4. Stressbewältigung**

Der Gruppenleiter leitet ein, dass es zum Einen darum gehen soll, was man tun kann um Stress zu vermindern; zum Anderen aber auch, was man für sich tun kann, wenn sich der Stress nicht ausreichend reduzieren lässt, d. h. wie man eine stressige Situation oder Zeit möglichst lange möglichst gut übersteht.

Bei den Möglichkeiten der Stressreduktion kann man sich am allgemeinen Stressmodell orientieren. Wenn sich die Situation verändern lässt ist es in der Regel gut dies auch zu tun.

Es wird mit der Gruppe besprochen, wie man Situationen vielleicht positiv verändern kann (z. B. bessere Zeiteinteilung; mehr Pausen; bessere Organisation; Prioritäten setzen; mit Anderen reden und nach Kompromissen suchen etc.). Dann geht es aber auch um die eigenen Einstellungen/Bewertungen der Situation gegenüber. Auch hier sollen wesentliche Aspekte herausgearbeitet werden (z. B. perfektionistische Ansprüche; Katastrophisieren; sich auf das Jetzt konzentrieren; die Unterscheidung von „müssen“, „sollen“ und „wollen“ etc.).

Wenn noch Zeit ist (ansonsten in der folgenden Stunde) kann mit der Gruppe besprochen werden, wie die Resilienz erhöht werden kann. Dazu gehören beispielsweise:

- Regelmäßige Entspannung
- Regelmäßige und ausreichende Bewegung (z. B. 3x pro Woche 45 Minuten Ausdauer-sport mit 120 Puls; evtl. Studie zu Sport bei Depression erzählen)
- Soziale Kontakte pflegen (z. B. Experiment mit den beiden Affen erzählen)
- Freizeitausgleich (Hobbys, Kultur, Interessen)
- Ausreichender Schlaf
- Ausgewogene Ernährung (Vitamine, Mineralstoffe, Antioxidantien)
- Evtl. auch pharmakologische Unterstützung (rein pflanzlich, oder auch Medikamente, z. B. zum Schlafen)

## 11.9. Operante Aspekte des Schmerzes

### 11.9.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis

### 11.9.2. Entspannungsübung PMR

### 11.9.3. Die gute Fee

Die Patienten werden aufgefordert, sich einmal vorzustellen, sie hätten ab sofort keine Schmerzen mehr. Es wird die Folie „Die gute Fee“ aufgelegt. Die Gruppenmitglieder sollen die Fragen:

- Was würde geschehen, wenn Sie ab sofort schmerzfrei wären?
- Was würde sich in den verschiedenen Bereichen Ihres Lebens verändern?
- Welche erwünschten Veränderungen würde es in Ihrem Leben geben?
- Gäbe es auch nicht-gewollte, also unerwünschte Veränderungen in Ihrem Leben?

zunächst einige Minuten auf sich wirken lassen.

In einer ersten Runde soll jeder Patient zu diesen Fragen Stellung nehmen. Im Anschluss fährt der Gruppenleiter in etwa mit folgenden Erläuterungen fort:

*In Untersuchungen wurde herausgefunden, dass Schmerzen trotz des durch die hervorgerufenen Leidens auch positive Folgen für den Kranken haben können. Bei vielen Schmerzkranken ist der Schmerz die einzig akzeptierte Möglichkeit, sich zurückzuziehen und sich wieder zu erholen, wenn sie sich völlig erschöpft und verausgabt fühlen. So kann es z. B. sein, dass die Familie die Schonungsbedürftigkeit oft erst dann akzeptiert, wenn der Vater bzw. die Mutter vor Kopf- oder Rückenschmerzen einfach nicht mehr weitermachen kann. Oder eine Entlastung bei zu hohen Anforderungen am Arbeitsplatz gibt es erst dann, wenn die Arbeit wegen der Schmerzen wirklich nicht mehr fortzusetzen ist.*

*In solchen Fällen ist der Schmerz nicht nur qualvoll und negativ, sondern er hat auch wieder einen Nutzen – er hat neben dem Negativen auch etwas Positives. Der Schmerz schützt in diesen Fällen vor Überforderung und erlaubt oft die schon längst notwendige Ruhepausen. Könnte das bei Ihnen auch zutreffen? Oder sind sie einer von den Menschen, die schlecht „Nein“ sagen können und sich häufig zu viel auf einmal vornehmen. Auch hier kann der Schmerz eine Schutzfunktion haben.*

Nachdem die Patienten dazu Stellung genommen haben, kann der Gruppenleiter in etwa wie Folgt fortfahren:

*Warum beschäftigen wir uns überhaupt mit den möglichen positiven Folgen von Schmerzen? In all den vorhin genannten Fällen tut der Schmerz etwas für uns. Er hilft uns etwas zu bekommen, was wir brauchen und unserem Körper gut tut: oft Ruhe und Entspannung. Das Problem ist, dass unser Organismus mit der Zeit lernt, dass er über Schmerzen das bekommt, was er braucht. Und dass dieser Mechanismus ein Eigenleben entwickelt und immer schlimmer werden kann.*

*Wenn Schmerz für den Körper der einzige Weg ist, um Ruhe und Erholung zu finden, und der Körper daher auf den Schmerz angewiesen ist, so ist es wichtig, andere Wege zu finden, wie der Körper das bekommen kann, was er braucht. Kurzfristige Vorteile, den der Schmerz bringen kann, können aber auch zu langfristigen Nachteilen führen. Es kann z. B. sein, dass wenn wir Einladungen mehrfach abgesagt haben, Bekannte uns gar nicht mehr einladen. Es ist daher wichtig, auch längerfristige Folgen im Blick zu behalten, und zu selbst dafür zu sorgen, dass wir bekommen was wir brauchen.*

Wenn spontane Äußerungen von Patienten kommen, sind diese noch aufzugreifen.

## **11.10. Zusatzthema: Gedanken**

### **11.10.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **11.10.2. Entspannungsübung PMR**

### **11.10.3. Einführung**

Der Gruppenleiter kann das Thema in etwa so einleiten:

*Wir wollen uns heute gezielter damit beschäftigen, was Ihnen durch den Kopf geht, wenn Sie Schmerzen haben oder wenn Sie spüren, dass eine erneute Schmerzattacke*

*kurz bevorsteht. Das was Ihnen dann durch den Kopf geht, kann sehr unterschiedlich sein und hängt möglicherweise auch von der Art der Schmerzen ab. So sind wahrscheinlich auch Ihre alltäglichen oder schwächeren Schmerzen bereits etwas Gewohntes. Sie haben gelernt damit umzugehen. Anders sieht es dagegen mit Schmerzen aus, die eine besondere Intensität oder eine besondere Beeinträchtigung zur Folge haben. Diese und auch Schmerzen, die, nachdem sie ausgesetzt hatten, erneut und unerwartet wieder auftreten, oder Schmerzen die erstmalig oder in einer neuen Qualität auftauchen, führen dazu, dass wir uns damit verstärkt auseinandersetzen. Wir fangen an, uns mit diesen Schmerzen besonders intensiv zu beschäftigen, etwa in der folgenden Art:*

*Zum Beispiel berichtete eine etwa 50-jährige verheiratete Patientin mit chronischen Rückenschmerzen, dass immer dann, wenn sie sich mit starken Schmerzen die Treppen zu ihrer Wohnung im ersten Stock hinaufquält, ihr Gedanken folgender Art durch den Kopf gehen: Wie lange lässt sich die Wohnung noch halten? Wird evtl. ein Umzug in eine Wohnung im Erdgeschoss notwendig? Muss ich mit meinem Mann vielleicht sogar in ein Altersheim? Können wir uns das finanziell leisten? Und so weiter.*

*Sicherlich kennen Sie ähnliche Gedanken, die Ihnen durch den Kopf gehen. Vielleicht nachts, wenn Sie mit Schmerzen wach im Bett liegen und über längere Zeit nicht wieder einschlafen können.*

#### **11.10.4. Die Rolle der Gedanken bei Schmerz**

An dieser Stelle legt der Gruppenleiter die Folie „Die Rolle der Gedanken bei Schmerz“ auf und teilt die entsprechenden Kopien aus. Mit den Gruppenmitgliedern wird das Schema ausführlich besprochen. Dabei soll den Patienten deutlich werden, in welchem Zusammenhang die Gedanken mit körperlichen Reaktionen, Gefühlen und Verhalten steht. Gelingt es den Patienten das, was Ihnen durch den Kopf geht, in den Griff zu bekommen, dann haben Sie eine weitere Möglichkeit, auf die Schmerzen einzuwirken.

### *Liste negativer Gedanken*

Der Gruppenleiter legt die Folie: Liste negativer Gedanken auf und teilt die Arbeitsbögen an die Patienten aus. Die Teilnehmer werden aufgefordert, die für sie zutreffenden Gedanken anzukreuzen.

### *Erarbeitung alternativer Gedanken*

Jeder Teilnehmer erhält nun eine Karteikarte. Er wird gebeten, auf die Vorderseite der Karte ein oder zwei besonders typischen dysfunktionalen Gedanken aufzuschreiben. Er überlegt dann, welchen förderlichen oder ermutigenden Gedanken dem negativen Gedanken entgegengesetzt werden kann. Diese werden dann auf die Rückseite der Karte geschrieben. Im Anschluss stellen einige Teilnehmer ihre Ergebnisse vor und diese werden diskutiert.

Zur Ergänzung der erarbeiteten Alternativkognitionen erhalten die Patienten nun noch eine Liste mit funktionalen (positiven) Kognitionen (evtl. auch die Folie: Liste positiver Gedanken auflegen)

## **11.11. Benötigtes Material**

### **11.11.1. Folien**

- Fakir
- Aufmerksamkeitsscheinwerfer
- Eiswassertest
- Genussprinzipien
- Stresskreis
- Die Rolle der Gedanken bei Schmerz
- Liste negativer Gedanken
- Liste positiver Gedanken
- Die gute Fee

### **11.11.2. Zusätzliches Material**

- Duftöle
- Arbeitsblatt: Die Rolle der Gedanken bei Schmerz
- Arbeitsblatt: Liste negativer Gedanken
- Arbeitsblatt: Liste positiver Gedanken



## 12. Ein existenziell-integratives Gruppenprogramm bei chronischen Schmerzen

Ein angepasstes Manual des Marburger Schmerzbewältigungsprogramms

### 12.1. Grundlagen einer existenziellen Perspektive

Dieses Manual stellt einen Versuch dar, eine existentielle Perspektive in die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie chronischer Schmerzen zu integrieren. Die formale Grundlage dieses Manuals bildet das „Marburger Schmerzbewältigungsprogramm“, das in großen Teilen übernommen wurde. Dennoch sind die Veränderungen, die mit der Integration einer existentiellen Perspektive einhergehen, insgesamt gesehen nicht unerheblich. Im Folgenden sollen die wichtigsten Veränderungen in aller Kürze umrissen werden. Eine tiefergehende Auseinandersetzung und Beschreibung der existentiellen Perspektive in der Psychotherapie würde den hier gesteckten Rahmen sprengen, weshalb dafür auf entsprechende Grundlagenwerke verwiesen werden muss<sup>1</sup>.

Ein existentieller Bezugsrahmen ist in erster Linie durch zwei Aspekte gekennzeichnet: (1) Die Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten; (2) Die Sensibilität gegenüber

---

<sup>1</sup> Siehe beispielsweise F. A. Gebler (2009). Die existentielle Perspektive in der Psychotherapie. Schwangau: Quellwasser. oder I. D. Yalom (2000). Existentielle Psychotherapie. Köln: Edition Humanistische Psychologie

bestimmten Themen. Für die Haltung des Therapeuten gegenüber dem Patienten ist das Menschenbild des Therapeuten von entscheidender Bedeutung. Einem existentiellen Bezugsrahmen liegt eine existenzphilosophische Sicht des Menschen zugrunde. Das bedeutet, dass der Mensch nicht nur als ein beseeltes, lernendes Wesen gesehen wird, das mit biologischen Grundvoraussetzungen in Umweltkontexte eingebunden ist, sondern auch als geistiges Wesen. Der Mensch ist ein freies Wesen, das selbstverantwortlich auf persönliche Transzendenz bezogen ist. Daher bekommen die Aspekte Freiheit, Selbstverantwortung und Würde des Patienten ein besonderes Gewicht in der therapeutischen Beziehung. Hierbei sind auch die aus der humanistischen Psychotherapie bekannten drei Aspekte der Begegnungshaltung von zentraler Bedeutung: (1) Eine unbedingte positive Zuwendung; d. h. eine tiefe Achtung vor dem menschlichen (individuellen) Leben und seiner Vielfalt. (2) Echtheit; diese zeigt sich u. a. darin, dass verbaler Ausdruck und nonverbales Verhalten übereinstimmen und ermöglicht aufseiten des Patienten Vertrauen. (3) Einführendes Verstehen; also das ernsthafte Bemühen, sich in die Situation des Patienten Hineinzusetzen und diese Situation aufgrund des eigenen Erfahrungshintergrundes nachzuerleben. Zusammenfassend lässt sich zur therapeutischen Beziehung festhalten, dass sich der Therapeut auf den Patienten in einer ursprünglich sorgenden Weise bezieht und sich bemüht, Augenblicke authentischer Begegnung zu ermöglichen und den Patienten bei Einsichten und Veränderungen zu unterstützen. Dabei bemüht sich der Therapeut stets, den Patienten in seinem Menschsein zu sehen, also als eine freie und verantwortliche Person. Es rückt insbesondere das Heile und Intakte des Menschen in den Blickwinkel der Therapie – es geht darum, den Menschen als Person zu sehen und nicht als bloßen Symptomträger. Der Therapeut ist nicht Lehrer oder Gestalter, der dem Patienten seine eigenen Meinungen und Werthaltungen näher zu bringen oder gar aufzudrängen versucht, sondern vielmehr ein „Ermöglicher“ neuer Einsichten und Erfahrungen. Dies bedeutet nicht, dass der Therapeut nicht auch Anleitungen und Vorschläge geben darf. Sondern es geht um eine therapeutische Zurückhaltung und Demut, insbesondere wenn es um die Werthaltungen und die Weltanschauung des Patienten geht. Die beschriebene Therapeutenhaltung soll zu jeder Zeit und in allen Aspekten des Gruppenprogramms zum Ausdruck kommen.

Mit dem existenzphilosophischen Menschenbild geht die Sensibilität und Haltung gegenüber bestimmten Themen einher. Die existentielle Perspektive hat bestimmte „letzte Dinge“ (ultimate concerns) des Menschen im Blick, das, was „den Menschen unbedingt angeht“, wie den persönlichen Sinn des Lebens, Isolation, Leid oder Tod. Diese Themen zeichnen sich dadurch aus, dass es für sie keine „Lösung“ gibt. Vielmehr beschränken sich die therapeutischen Möglichkeiten darauf, dass der Patient ein anderes Verhältnis und eine andere Einstellung gegenüber sich selbst, seinem Schicksal und diesen „letzten Dingen“ gewinnen kann. Da die Zahl der Gruppensitzungen und damit der möglichen Themen, die in der Gruppe besprochen werden können, begrenzt sind, sollen lediglich zwei existentielle Themenkomplexe in das Programm integriert werden. Es handelt sich dabei (1) um das Fördern einer Grundakzeptanz von leidvollen Erfahrungen im menschlichen Leben und der Bereitschaft, sich mit dem eigenen Schicksal ehrlich und offen auseinanderzusetzen. Dadurch soll letztlich auch der verbleibende Freiraum deutlicher werden, also wie sich der Patient zu seinem Schicksal einstellt und wie er damit umgeht. (2) Der zweite Themenkomplex bezieht sich auf den persönlichen Lebenssinn. Dabei sollen die individuellen Wert- und Sinnmöglichkeiten deutlicher werden und die Patienten in der Verwirklichung unterstützt werden. Um diesen beiden Themenkomplexen Raum zu machen, wurden die Themen „Genuss“, „Gedanken“ und „Operante Aspekte des Schmerzes“ herausgenommen.

## 12.2. Erste Gruppensitzung: Einführung in das Programm

### 12.2.1. Begrüßung

*Ich begrüße sie alle recht herzlich zu unserer ersten Gruppensitzung. Ich möchte Ihnen zunächst einen kleinen Überblick darüber geben, was wir in dieser Gruppe zusammen machen werden, was die Ziele dieser Gruppe sind. In ihrem Therapieheftchen*

steht „Schmerzbewältigungsgruppe“. Diese Bezeichnung trifft das Hauptanliegen dieser Gruppe aber nicht richtig. Denn das Wort „Bewältigung“ beinhaltet Aspekte wie Kontrolle und Beherrschen. Schmerzbewältigung würde demnach bedeuten, dass wir hier lernen den Schmerz zu bekämpfen und ihn schließlich zu kontrollieren. Ich bin mir sicher, dass sie alle es schon auf den verschiedensten Wegen probiert haben, ihre Schmerzen zu bewältigen und zu kontrollieren. Nachdem Sie heute hier sind, gehe ich davon aus, dass Ihre Bemühungen nicht den Erfolg hatten, den Sie sich erhofft hatten. Die meisten von ihnen sind hier im Schmerzzentrum der FKE wegen chronischer Schmerzen. Der Begriff chronisch sagt es bereits — es ist eine Erkrankung die sie mit relativ großer Wahrscheinlichkeit in einem gewissen Maß ihr ganzes weiteres Leben lang hindurch begleiten wird. Chronische Schmerz kann man in einem gewissen Maß beeinflussen, aber letztlich nicht kontrollieren. Daher kann in dieser Gruppe „Schmerzkontrolle“ oder „Schmerzfreiheit“ nicht das grundlegende Ziel sein. Die Grundfrage besteht für mich also nicht darin, „wie können Schmerzen kontrolliert und bewältigt werden?“, sondern „wie können sie mit ihren Schmerzen möglichst zufriedenstellend leben?“.

Dazu gehört auf der einen Seite sicherlich, die Schmerzen auf das individuelle Optimum zu reduzieren. Ich spreche vom „individuellen Optimum“, da dies sehr unterschiedlich sein kann. Beispielsweise mag ein Mensch lieber ein wenig mehr Schmerz in Kauf nehmen, da es ihm wichtiger ist, weniger von den Opiaten sediert zu werden, um geistig klarer und leistungsfähiger zu sein, während es einem anderen lieber ist, weniger Schmerzen zu haben. Auch die Psychologie bietet einige Ansatzpunkte um Schmerzen zu reduzieren, auf die wir im Laufe unserer Gruppensitzungen zu sprechen kommen werden und soweit möglich auch üben werden. Dazu gehören beispielsweise Entspannungsübungen, die Reduktion von Stressbelastungen oder das Beachten ihrer körperlichen Leistungsgrenzen. Aber auch diese Möglichkeiten der Schmerzreduzierung sind nur begrenzt wirksam und haben jeweils Vor- und Nachteile.

Es geht also zum einen schon darum, die individuellen Möglichkeiten der Schmerzreduktion zu erweitern. Daneben geht es aber auch darum, sich mit dem eigenen Schick-

*sal ein Stück auszusöhnen und ein möglichst zufriedenstellendes Lebens zu führen. Es gibt bestimmte Dinge in unserem Leben, die wir nicht ändern können, auch wenn wir es noch so gerne möchten. Es gibt Dinge, die liegen nicht in unserer Macht. In unserer Macht liegt aber, wie wir mit unserem Schicksal umgehen und es tragen. Ob wir daran verzweifeln, oder doch noch Möglichkeiten finden, unser Leben lebenswert zu gestalten. Es soll daher in dieser Gruppe auch darum gehen, was ihnen beim Tragen Ihres Schicksals vielleicht helfen kann.*

*In der heutigen kurzen Sitzung wollen wir einander erst mal ein wenig kennen lernen und dann noch ein paar organisatorische Punkte besprechen. Richtig einsteigen in ein Thema werden wir erst morgen mit dem Thema Entspannung. Die Sitzungen danach wollen wir uns dann erst einmal damit auseinandersetzen, wie unsere Schmerzwahrnehmung funktioniert und was man heute über den Prozess der Schmerzchronifizierung weiß, d. h. welche Faktoren bei der Chronifizierung von Schmerzen eine Rolle spielen können.*

### **12.2.2. Vorstellungsrunde**

Jedes Gruppenmitglied stellt sich kurz vor. Die Teilnehmer können sich jedoch an folgenden Stichpunkten orientieren:

- Name
- Beruflicher Hintergrund
- Privater Hintergrund, wie Familie, Hobbys oder Interessen
- Aktuelle Schmerzproblematik
- Erwartungen an die Gruppe
- Was würden Sie heute machen, wenn Sie nicht hier wären?

Jeder ist frei, nur soviel von sich mitzuteilen, wie er mag und sich wohl fühlt. Keiner soll sich gezwungen fühlen, mehr von sich preis zu geben wie er möchte. Die Schilderungen zur Schmerzproblematik sollen sich auf die aktuelle Problematik beschränken und es soll nicht auf die Schmerzentwicklung eingegangen werden.

### 12.2.3. Gruppenregeln

Die Regeln sollten als gemeinsamer Konsens von allen akzeptiert und verabschiedet werden. Gemeinsame freiwillige Verpflichtung darauf, so dass man sich auf die gemeinsam vereinbarten Regeln berufen kann.

- Schweigepflicht
- Pünktlichkeit (5-Minuten-Regel)
- Respektvoller Umgang miteinander:
  - Es spricht immer nur eine Person
  - Einander ausreden lassen
  - Andere und deren Aussagen nicht abwerten
  - Nur Ich-Botschaften / Eigene Erfahrungen
- Eigenverantwortlichkeit (z.B. Aufstehen; Pausen einfordern; Nachfragen; Sich herausgreifen, was für Sie wichtig ist und dieses dann umzusetzen, ggf. um Unterstützung bitten; etc.)

### 12.2.4. Weitere organisatorische Punkte

1. Begleitbroschüre
2. Schmerzausflug
3. Kreativtherapeutisches Angebot
4. Hundeausflug

### 12.2.5. Sitzungsabschluss

## 12.3. Zweite Gruppensitzung: Einführung in die Entspannung (PMR)

### 12.3.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis

### 12.3.2. Entspannung: PMR

#### *Hinführung*

Zunächst soll über die Bedeutung von regelmäßiger Entspannung bei chronischen Schmerzen gesprochen werden. Dabei geht es um Aspekte wie:

- Schmerz-Muskelspannung: Reflexhaftes Anspannen bei Schmerzen und damit Verspannungen bei längeren Schmerzen, was zu verstärkten Schmerzen führt (mechanische und chemische Schmerzrezeptoren).
- Schmerzen als Stressor: Entspannung als Regulationsmethode

Regelmäßige Entspannung führt zu einer Verringerung der körperlichen und psychischen Erregung und verbessert die Regulation des vegetativen Nervensystems. Körperliche Entspannung setzt direkt an der verspannten Muskulatur an und kann über eine Spannungsverringerung auch langfristig den Schmerz günstig beeinflussen. Es ist wichtig den Teufelskreis aus Schmerz-Verspannung-Schmerz regelmäßig aktiv mit Entspannung zu durchbrechen. Anschließend soll über die Relevanz eines systematischen Übungsprogrammes eingegangen werden, beispielhaft so:

*Wozu braucht man eigentlich ein Entspannungsverfahren – Entspannen kann doch eigentlich eh jeder, oder? Die Erfahrung zeigt jedoch etwas anderes: Nicht jeder kann gut entspannen. Entspannung ist etwas das man lernen und üben kann, und das mit steigender Übung immer besser funktioniert. Es ist wie mit Tanzen oder dem Spielen eines Musikinstrumentes – umso mehr man übt, umso besser geht es. Um aber etwas zu Üben, ist es gut und hilfreich, eine Anleitung oder ein Übungsprogramm zu haben, wie man beim Üben vorgeht; am besten ein systematisches Übungsprogramm. Eine solche systematische Anleitung zum Üben von Entspannung ist beispielsweise*

die „Progressive Muskelentspannung nach Jacobson“, abgekürzt PMR. Daneben gibt es auch das „Auto- gene Training“ (AT), das auch sehr bekannt ist. Beide sind schon sehr alt und sehr oft wissenschaftlich überprüft worden, ob diese Entspannungsverfahren auch wirklich was bringen, also ob es funktioniert (dass man mit ihnen besser entspannen kann). Und es hat sich immer wieder gezeigt: die sind gut und bringen was. Allerdings sind sie nicht für jeden gleich gut geeignet. Beispielsweise kommen viele mit der PMR besser zurecht, die mit dem AT nicht so gut zurecht kamen.

Die Vorteile dieses Verfahrens sind, dass es relativ leicht und schnell erlernbar ist; es keine unerwünschten Nebenwirkungen hat und man nach einer Einübungsphase keine äußeren Hilfsmittel mehr braucht, so dass es in fast allen Alltagssituationen einsetzbar ist. Außerdem wird sich Ihre Körperwahrnehmung verbessern, so dass Sie frühzeitiger erkennen können, wann und wo Anspannungen im Körper zunehmen.

### Informationen zur PMR

Es erfolgt eine kurze Einführung in die PMR, deren Grundprinzipien und günstige Rahmenbedingungen von Entspannungsübungen. In etwa so:

Wie läuft die PMR ab? Vorab ist zu sagen, dass es sich um ein geleitetes Verfahren handelt; das bedeutet, dass sie sich nicht alles merken müssen, was ich ihnen nun erzähle, sondern dass sie dann von mir angeleitet werden, so dass sie immer wissen, was sie machen müssen. Das ist zum Erlernen recht angenehm und einfacher.

Die PMR ist ein recht mechanisches Verfahren. Es arbeitet rein über bewusstes Anspannen von einzelnen Muskelgruppen und anschließendem bewussten Lockerlassen. Genau genommen handelt es sich um 5 Phasen, die sich immer wieder wiederholen:

1. Aufmerksamkeit auf eine Muskelgruppe hinrichten und genau wahrnehmen, wie sich die Muskulatur dort gerade anfühlt (z. B. rechter Unterarm)
2. Leichtes Anspannen dieser Muskelgruppe
3. Spannung halten und genaues Wahrnehmen, wie sich die Muskelspannung anfühlt



4. *Die Spannung mit dem nächsten Ausatmen bewusst lösen und die Muskulatur entspannen*
5. *Nachspüren, wie sich die Muskulatur im entspannten Zustand anfühlt (im Unterschied zu Anspannung davor)*

*Schritt für Schritt werden so nacheinander alle Muskelgruppen des Körpers angespannt. Danach kommt eine Ruhephase, in der Sie für ca. 5 Minuten einfach die Entspannung oder die Musik genießen können und ich nichts mehr sage. Gegen Schluss kündigt ich das Ende an, dann haben Sie aber noch ein bisschen Zeit und ganz am Ende leite ich sie an ein paar Mal tief Durchzuatmen und sich zu recken und zu strecken, damit ihr Kreislauf wieder in Schwung kommt.*

*An Grundregeln und Rahmenbedingungen sind unter anderem anzuführen:*

- *Nur leichtes Anspannen der Muskeln; auf keinen Fall Schmerzverstärkung oder Muskelverkrampfungen*
- *Während dem Anspannen normal Weiteratmen*
- *Kein Leistungsdruck (Entspannung ist nicht machbar, sondern geschieht)*
- *Entspannungsförderliche Bedingungen schaffen, wie z. B. noch auf die Toilette gehen, alles ablegen was drücken könnte, Decken wenn man leicht friert etc.*
- *Auch die Entspannung muss man nicht „durchhalten“ – Vereinbarungen treffen, wenn Entspannung unangenehm und deswegen abgebrochen wird*

### *Durchführung der PMR*

#### *Erfahrungsaustausch und ergänzende Hinweise*

Nach einer kurzen Rückmelderunde werden noch einige Regeln und Empfehlungen für das eigenständige Üben der PMR besprochen. Wenn noch Zeit ist, können noch Erfahrungen und alternative Möglichkeiten zu Entspannen besprochen und diskutiert werden.

## **12.4. Informationen über Schmerz und Schmerzchronifizierung I**

### **12.4.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **12.4.2. Entspannungsübung PMR mit Nachbesprechung**

### **12.4.3. Informationen zur Schmerzverarbeitung**

*Schmerzfilm vorführen*

*Nachbesprechung des Videos*

#### **Akuter Schmerz**

- Funktionalität von Schmerz
- Schmerzwahrnehmung auf neuronaler Ebene
- Gehirn als zentrales Wahrnehmungsorgan
- Neuronale Ähnlichkeiten von körperlichem und seelischem Schmerzerleben

#### **Chronifizierung von Schmerz: Neuronale Mechanismen**

- Begriff „Chronischer Schmerz“ besprechen
- Heterogenität des Bereiches „Chronischer Schmerz“
- Neuronale Anpassungsprozesse bei Chronifizierung
- Buch Schmerzen verstehen empfehlen
- Konsequenzen für die Therapie (zentraler Ansatzpunkt: Erfahrungsbedingte Veränderungen)

## **12.5. Informationen über Schmerz und Schmerzchronifizierung II**

### **12.5.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **12.5.2. Entspannungsübung PMR mit Nachbesprechung**

### **12.5.3. Chronifizierung von Schmerz: Psycho-Soziale Chronifizierungsfaktoren**

- Klärung des Begriffs: „Psyche/Seele“ bzw. „Psychologie“; es geht nicht um die abstrakte Idee der Seele, sondern um das „Verhalten, Erleben und Bewusstsein des Menschen“
- Tafelbild zu den Bereichen Verhalten – Gefühle – Gedanken: Typische Reaktionen auf Schmerzen in diesen Bereichen besprechen, deren Sinnhaftigkeit und Normalität unterstreichen, und dann deren längerfristigen negativen Effekte sowie deren Zusammenhänge erarbeiten und herausstellen.
- Verdeutlichung der multimodalen Einheit von Schmerz / Schmerzchronifizierung und dessen Komplexität

## **12.6. Stress I**

### **12.6.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **12.6.2. Entspannungsübung PMR**

### **12.6.3. Auslöser und Verstärker von Schmerzen**

Es sollen zunächst die persönlichen Auslöser und Verstärker von Schmerzen der Gruppenmitglieder an der Tafel gesammelt werden. Der Gruppenleiter kann das Thema in etwa wie folgt einleiten:

*Ich möchte heute ein neues Thema einführen: „Auslöser und Verstärker von Schmerzen“. Dieses Thema ist von großer Bedeutung, da es Ihnen die Chance ermöglicht, in Zukunft besser auf auslösende und verstärkende Bedingungen Ihrer Schmerzen zu achten. Je mehr Sie über Ihre persönlichen Auslöser und Verstärker wissen, umso eher wird es Ihnen möglich sein, diesen Auslösern entgegen zu wirken. Haben Sie bei sich Auslöser von Schmerzen beobachtet? Oder haben Sie bemerkt, was bereits vorhandene Schmerzen verstärkt?*

Der Gruppenleiter sammelt die Äußerungen und fordert die Runde auf, zu dem Genannten Stellung zu nehmen. An der Tafel werden die Auslöser gesammelt und in zwei Kategorien eingeteilt: die seelischen und die körperlichen Auslöser. Der Gruppenleiter sollte darauf hinweisen, dass eine genaue Kenntnis des eigenen Schmerzes die Voraussetzung dafür ist, den Schmerz selbst kontrollieren zu können.

#### **12.6.4. Überleitung zu dem Thema Stress**

Das Gemeinsame an den „seelischen Auslösern“ ist, dass sie alle etwas mit Stress zu tun haben. Auslöser sind Stressoren, die Einfluss nehmen auf das Befinden, die Muskelspannung und schließlich auf den Schmerz (Folie „Stresskreis“).

Da Stress in der Regel auf verschiedenen Ebenen einen großen Einfluss auf die Schmerzproblematik hat, ist es wichtig, diesem Thema größere Aufmerksamkeit zu schenken. Es soll daher im Folgenden darum gehen, was Stress eigentlich ist, wie Stress entsteht und dann besonders auch darum, wie man Stress entgegenwirken kann.

Gemeinsam wird erarbeitet, was bei Stress passiert, d. h. aus was die Stressreaktion besteht: auf den Ebenen Körpersymptome, Gefühle / Gedanken sowie Verhalten. Die Funktionalität der Stressreaktion soll besprochen werden, sowie dass nicht jeder Stress negative Folgen haben muss, sondern dass Stress eine normale Reaktion ist, die zum Leben gehört. Dennoch ist es besonders bei chronischen Schmerzen wichtig, Stress zu reduzieren.

## 12.7. Stress II

### 12.7.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis

### 12.7.2. Entspannungsübung PMR

### 12.7.3. Allgemeines Stressmodell

Nach einer kurzen Wiederholung der letzten Sitzung soll gemeinsam ein allgemeines Stressmodell erarbeitet werden. Der Gruppenleiter kann dies in etwa wie Folgt einleiten:

*Ich möchte mit Ihnen zunächst erarbeiten, wann und wie Stress entsteht. Dazu möchte ich ein Beispiel machen. Stellen Sie sich einmal vor, ich gebe Ihnen jetzt 2-3 Minuten Zeit und dann wähle ich einen von Ihnen per Zufall aus und derjenige muss dann vor die Gruppe kommen und der Gruppe noch einmal genau erklären, welche Faktoren bei der Schmerzchronifizierung eine Rolle spielen und wie diese Faktoren zusammenhängen. – Können Sie sich das vorstellen? – Bei wem von Ihnen würde diese Situation Stress auslösen?*

In der Regel, wird diese vorgestellte Situation bei den meisten Patienten Stress auslösen, bei manchen jedoch nicht (ansonsten kann man fragen, ob sie sich auch jemanden vorstellen können, bei dem diese Situation keinen Stress auslöst). Es wird gemeinsam herausgearbeitet, dass es nicht die Situation an sich sein kann, die Stress auslöst (da es unterschiedliche Reaktionen gibt). Danach wird besprochen, weshalb die Situation bei manchen Stress auslöst und bei anderen nicht; Aspekte wie: ich kann mich nicht mehr so gut erinnern und kann es deshalb nicht richtig – ich mag einfach nicht vor anderen Reden – ich könnte mich blamieren – etc.

Der Gruppenleiter leitet daraus schließlich das 2-Faktoren-Modell ab und schreibt dies an die Tafel (Situation – Bedrohlich? – Can I cope?). Das Modell wird dann mit der Gruppe diskutiert bis alle Fragen oder Bedenken geklärt sind. Danach kann der Gruppenleiter

noch einmal hervorheben, dass der Großteil dieses Prozesses innerhalb des Individuums liegt – die Situation also nur einen Teil des Stresses erklärt.

#### **12.7.4. Stressbewältigung**

Der Gruppenleiter leitet ein, dass es zum Einen darum gehen soll, was man tun kann um Stress zu vermindern; zum Anderen aber auch, was man für sich tun kann, wenn sich der Stress nicht ausreichend reduzieren lässt, d. h. wie man eine stressige Situation oder Zeit möglichst lange möglichst gut übersteht.

Bei den Möglichkeiten der Stressreduktion kann man sich am allgemeinen Stressmodell orientieren. Wenn sich die Situation verändern lässt ist es in der Regel gut dies auch zu tun. Es wird mit der Gruppe besprochen, wie man Situationen vielleicht positiv verändern kann (z. B. bessere Zeiteinteilung; mehr Pausen; bessere Organisation; Prioritäten setzen; mit Anderen reden und nach Kompromissen suchen etc.). Dann geht es aber auch um die eigenen Einstellungen/Bewertungen der Situation gegenüber. Auch hier sollen wesentliche Aspekte herausgearbeitet werden (z. B. perfektionistische Ansprüche; Katastrophisieren; sich auf das Jetzt konzentrieren; die Unterscheidung von „müssen“, „sollen“ und „wollen“ etc.).

Wenn noch Zeit ist (ansonsten in der folgenden Stunde) kann mit der Gruppe besprochen werden, wie die Resilienz erhöht werden kann. Dazu gehören beispielsweise:

- Regelmäßige Entspannung
- Regelmäßige und ausreichende Bewegung (z. B. 3x pro Woche 45 Minuten Ausdauersport mit 120 Puls; evtl. Studie zu Sport bei Depression erzählen)
- Soziale Kontakte pflegen (z. B. Experiment mit den beiden Affen erzählen)
- Freizeitausgleich (Hobbys, Kultur, Interessen)
- Ausreichender Schlaf
- Ausgewogene Ernährung (Vitamine, Mineralstoffe, Antioxidantien)
- Evtl. auch pharmakologische Unterstützung (rein pflanzlich, oder auch Medikamente, z. B. zum Schlafen)

## **12.8. Akzeptanz von leidvollen Erfahrungen**

### **12.8.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **12.8.2. Entspannungsübung PMR**

### **12.8.3. Buddha und die trauernde Mutter**

Buddha und seine Begleiter besuchten eines Tages ein kleines Dorf. In diesem Dorf lebte eine junge Frau deren Kind verstorben war. Die junge Frau war seit Monaten in tiefer Trauer um ihr Kind. Sie weigerte sich verzweifelt das Kind los zu lassen und zu akzeptieren, dass ihr Kind tot war und nicht mehr aufwachen würde. Niemand, auch nicht ihr geliebter Mann, konnte sie dazu bewegen, den toten Körper des Kindes aufzugeben und beerdigen zu lassen. Sie glaubte immer noch an ein Wunder, obwohl sie schon alles mögliche und unmögliche versucht hatte. Die meiste Zeit saß sie gebrochen und erstarrt mit ihrem Kind in ihrem Haus. Und auch ihr Mann und ihre Freunde waren verzweifelt und traurig, da sie der Frau trotz all ihren Bemühungen und ihrem guten Zureden nicht helfen konnten. Als die Frau hörte, dass Buddha in dem Dorf zu Besuch war, nahm sie ihr Kind in die Arme und lief zu ihm und seinen Begleitern. Sie bat Buddha unter Tränen ihr geliebtes Kind wieder zum Leben zu erwecken. Und als Buddha sie sah, hatte er Mitleid und sagte: „Ich werde Dir helfen. Dazu musst Du mir jedoch etwas bringen. Um Dir helfen zu können brauche ich ein Säckchen Reis. Dieser Reis darf jedoch nur aus einem Haus stammen, in das Leid und Tod noch keinen Einzug gehalten haben.“ Die Frau antwortete: „Ich mache mich gleich auf den Weg. Ich bin bald zurück.“ Doch überall, wo die Frau fragte, bekam sie zur Antwort, dass sie zwar gerne ein Säckchen Reis haben könnte, doch immer war das Haus auch mit Leid und Schmerz behaftet. Sei es, dass auch ein geliebter Mensch verstorben war, dass jemand an einer schweren Krankheit zu leiden hatte, dass die Familie arm war und Hunger litt oder ein sonstiges Schicksal tragen musste. Nach einiger Zeit wurde die Frau nachdenklich und kehrte schließlich zu Buddha zurück. Sie sagte: „Ich habe nun verstanden, dass es kein Haus gibt, dass von Leid und Schicksal verschont bleibt. Ich werde

versuchen, mein Schicksal auf mich zu nehmen. Bitte beerdige mit mir zusammen mein verstorbenes Kind.“ Und die Frau begann wieder zurück ins Leben zu finden.

#### **12.8.4. Besprechung der Geschichte**

Der Gruppenleiter versucht die wesentlichen Aspekte der Geschichte noch einmal gemeinsam mit der Gruppe herauszustellen. Er fragt zunächst bei den Patienten nach, ob sie mit der Geschichte etwas anfangen können und was sie an der Geschichte anspricht. Dabei soll der Fokus zunächst bei der Geschichte bleiben und nicht schon zu den persönlichen Erfahrungen der Patienten übergegangen werden. Die wesentlichen Aspekte sind:

- Die Mutter des Kindes kann den Tod nicht akzeptieren.
- Sie ist in ihrer Trauer wie Gefangen in Schmerz und Leid.
- Sie hat keine Beziehung mehr zu den Dingen um sie herum (z. B. ihr Mann, Freunde, Haus etc.)
- Ein Leben erscheint ihr nur mit ihrem Kind möglich; sie lebt nicht mehr
- Ihr Leben beschränkt sich auf verzweifelte Versuche ihr Kind wieder zurück zu bekommen
- Sie erkennt, dass Leid ein Teil des Lebens ist
- Sie lernt zu akzeptieren, dass unveränderbares Leid auch zu ihrem Leben gehört
- Sie versucht mit dem Verlust des Kindes zu leben

Im Anschluss fragt der Gruppenleiter bei den Patienten nach, wo sie in der Geschichte Aspekte von sich und ihrem Leben wiederfinden.

#### **12.8.5. Leid und Schmerz als Bestandteil des Lebens**

Der Gruppenleiter stellt die Frage in den Raum, weshalb es uns oft so schwer fällt, Leid und Schmerz in unserem Leben zu akzeptieren. Die Meinungen der Gruppenmitglieder können diskutiert werden. Als ein wesentlicher Aspekt werden auch unsere kulturell geprägten Vorstellungen herausgestellt. Unsere Welt ist in weiten Teilen geprägt von der Kontrollierbarkeit der Welt (Illusion der Unverwundbarkeit; „It won't happen to me“-Effekt)



und den vorherrschenden Gefühlen von Wohlbefinden und Lust. „Jeder ist seines Glückes Schmied.“ Die Werbung besteht aus Erfolg, Reichtum, Wohlstand, Schönheit, Leistungsfähigkeit, Genuss, Spass. Leid und Behinderung kann und darf in so einer Welt nicht sein. Das Akzeptieren von Leid und Schmerz als Bestandteil des eigenen Lebens bedeutet daher oft auch ein Verlassen des Mainstream; d. h. dass man die allgemein akzeptierte Form der Lebensführung verlassen und seinen eigenen Weg finden muss. Neue Wege zu gehen ist aber auch immer mit Angst verbunden, da man nicht weiß, was auf einen zukommt. Die Frage ist, ob man bereit ist, dieses Risiko einzugehen. „Es ist nicht sicher dass es besser wird, wenn es anders wird. Es ist nur sicher, dass es anders werden muss, wenn es besser werden soll.“

#### **12.8.6. Was helfen kann, Leid zu akzeptieren**

- Gibt es positive Aspekte der leidvollen Erfahrung (ähnlich zu dem Phänomen der „Posttraumatischen Reifung“), wie z. B. tiefergehende und erfülltere soziale Beziehungen; eine größere Wertschätzung des Lebens; mehr freie Zeit für andere wichtige Dinge etc.
- Sicherlich gab es schon andere schwierige und sehr schmerzhaft Erfahrungen in ihrem Leben. Was hat ihnen damals geholfen die schwierige Situation zu überstehen und damit zurecht zu kommen?
- Die ganzen belastenden Gedanken und Zweifel aufschreiben; mit nahen Menschen darüber reden.

### **12.9. Der persönliche Sinn im Leben**

#### **12.9.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

#### **12.9.2. Entspannungsübung PMR**

### **12.9.3. Filmausschnitt: In den Höhlen von Moria**

Nach dem Film folgt eine kurze Gesprächsrunde, was die einzelnen Gruppenteilnehmer an dem Filmausschnitt angesprochen hat bzw. an welche zentralen Punkte sie sich erinnern können. Im Fokus der weiteren Sitzung steht die Antwort von Gandalf auf Frodos Bemerkung „Ich wünschte ich hätte den Ring nie bekommen. Ich wünschte all das wäre nie passiert.“: Das tun Alle die solche Zeiten erleben, aber es liegt nicht in ihrer Macht das zu entscheiden. Wir müssen nur entscheiden, was wir mit der Zeit anfangen wollen, die uns gegeben ist.

### **12.9.4. Der Appellcharakter des Lebens**

Damit knüpft die Sitzung an die vorherige an. Ein schlimmes Schicksal, wie eine chronische Erkrankung, liegt nicht in den menschlichen Beeinflussungsmöglichkeiten. Der Mensch kann sich nicht für oder gegen sein Schicksal entscheiden. Bei einem schweren Schicksal steht häufig die Frage im Raum, was das denn für einen Sinn hat. Viktor Frankl hat auf diese Frage einmal geantwortet, dass diese Frage falsch gestellt sei. „Fragen Sie nicht, was das Leben für einen Sinn hat, denn das ist die falsche Frage. Es ist vielmehr so, dass das Leben uns befragt, und wir sind es, die eine Antwort geben müssen.“ Eine Lebenssituation an sich hat keinen Sinn anzubieten, sondern das Leben fordert den Menschen auf, in dieser Situation eine Antwort auf die Sinnfrage zu geben. Das Leben hat nur soviel Sinn, wie der Mensch ihm abringen kann.

Wenn ein Mensch die Bereitschaft aufbringt, sein Schicksal anzunehmen und zu tragen, bleibt die Frage, wie er sein Leben mit diesem Schicksal gestalten möchte. Er muss entscheiden, was er mit den Möglichkeiten anfangen will, die ihm gegeben sind. Der Mensch ist zwar nicht frei von seinem Schicksal, aber er ist frei, trotzdem für das zu leben, was für ihn Bedeutung hat. In dem Maße, wie es einem Menschen gelingt, allen Widrigkeiten zum Trotz, das zu verwirklichen, was ihm wichtig ist im Leben, wird sein Leben sinnvoll sein. Es geht darum, den wichtigen Dingen im Leben Raum und Zeit zu geben, damit sie sich entfalten können, und sei es nur in bescheidenem Maß. Und manchmal besteht der einzig noch mögliche Sinn darin, dass man sein Schicksal tapfer und würdig trägt.

### **12.9.5. Sinn als Weg**

Etymologisch ist der Begriff „Sinn“ von der Bedeutung her mit dem „Einschlagen eines Weges; der Entscheidung für eine Richtung“ verbunden. Nach dieser ursprünglichen Wortbedeutung ist Sinn dynamisch: Sinn geschieht. Sinn ist der Weg, nicht das Ziel. Ein sinnvolles Leben ist damit nicht etwas, was man erreichen kann, sondern etwas, das von dem täglichen Tun abhängt.

Bei chronischer Krankheit ist der breite Weg, den viele Menschen gehen (wie Engagement für beruflichen Erfolg, körperliche Leistungsfähigkeit, Geld, Freizeitbeschäftigungen etc.), oft versperrt. Chronisch kranke Menschen müssen daher vertraute Pfade verlassen und ihren eigenen, neuen Weg finden. Neue Wege zu gehen ist aber auch mit Angst verbunden, da man nicht weiß, was auf einen zukommt. Wie der Lebensweg konkret aussehen wird, ist das große Abenteuer, auf das man sich einlassen muss, wenn man sich entscheidet, einen neuen Weg zu versuchen. Die Frage ist, ob man bereit ist, sich auf dieses Abenteuer einzulassen. Dass andere Menschen diesen neuen Weg nicht immer gut heißen, ist selbstverständlich. Aber das muss einem ja nichts ausmachen. Vielleicht hilft einem dabei manchmal der bekannte Satz: „Es ist nicht sicher dass es besser wird, wenn es anders wird. Es ist nur sicher, dass es anders werden muss, wenn es besser werden soll.“ Der Leiter kann hier abschließend auf die große Bedeutung von Sinnerfahrungen für die Lebensqualität und die körperlich-seelische Gesundheit hinweisen.

### **12.9.6. Einzelarbeit: Was erfüllt mein Leben mit Sinn**

Jeder Gruppenteilnehmer bekommt Papier und Stift mit der Aufgabe, möglichst konkret aufzuschreiben, was sein Leben mit Sinn erfüllt (alternativ: was für ihn im Leben wichtig ist und Bedeutung hat; oder was ihm seelischen Halt gibt). Beispielsweise sollte er nicht einfach nur „Meine Freunde“ aufschreiben, sondern z. B. „Wenn ich mich Freitag Abend mit meinem besten Freund verabrede und wir uns über die vergangene Woche unterhalten“ oder „Alle 2-3 Wochen mit Freunden in einen schönen Kinofilm gehen und uns danach darüber unterhalten“. Genauso nicht einfach nur „Meine Familie“ sondern z. B. „Auf meine Enkelkinder aufpassen, sehen wie sie größer werden, mich daran freuen dass ich

ihnen etwas beibringen kann und dabei meine Tochter in ihrer Berufstätigkeit unterstützen“ oder „Ein schöner Spaziergang mit meiner Frau“.

Dafür bekommen sie ca. 10 Minuten Zeit. Danach liest jeder der Reihe nach seine sinnstiftenden Momente vor und sie werden an der Tafel gesammelt.

Anschließend werden alle Teilnehmer gebeten, folgende Fragen schriftlich für sich zu beantworten: „Welche meiner Sinnerfahrungen kann ich verstärken, fördern? Wie will ich das tun?“

### **12.9.7. Abschluss: Persönliche Stärken im eigenen Element**

Zum Abschluss kann die „Pinguingeschichte“ von Dr. E. v. Hirschhausen vorgespielt werden, bei der es viel um scheinbare Schwächen und persönliche Stärken geht, und darum, wie wichtig es ist, in seinem eigenen Element zu sein, damit die eigenen Stärken zum Vorschein kommen können.

## **12.10. Zusatzthema: Gedanken**

### **12.10.1. Gruppenrunde zum positiven Erlebnis**

### **12.10.2. Entspannungsübung PMR**

### **12.10.3. Wahrnehmung und Vorerfahrung**

Der Einstieg in das Thema erfolgt über die Folie „Vase Message d' amour des dauphins“. Nach kurzem Auflegen der Folie wird der Projektor abgeschaltet und besprochen, was auf dem Bild zu sehen war. In der Regel werden die Teilnehmer ein „Paar in einer Liebesposition“ sehen. Danach berichtet der Gruppenleiter davon, dass Grundschulkinder kein Liebespaar sehen, sondern neun Delphine. Der Projektor wird wieder angeschaltet und den Teilnehmern evtl. geholfen, die Delphine zu sehen. Es folgt eine Diskussion darüber, wes-

halb Grundschulkinder Delphine sehen und die Gruppenteilnehmer ein Liebespaar. Der entscheidende Punkt ist die Vorerfahrung – Grundschulkindern fehlt die Vorerfahrung zu einem Bild wie dem des Liebespaars. Wir nehmen nicht einfach wahr, was da ist, sondern unsere Wahrnehmung ist ein unbewusster Konstruktionsprozess, bei dem unsere Vorerfahrungen eine wichtige Rolle spielen. Je nachdem, was wir für Vorerfahrungen gemacht haben, nehmen wir auf eine bestimmte Art und Weise wahr.

Eine wichtige anschließende Frage besteht darin, ob sich die Teilnehmer, nachdem sie das Liebespaar erkannt haben, noch die Mühe gemacht hätten, zu schauen, ob sie in dem Bild noch etwas anderes hätten sehen können. In der Regel wird dies verneint. Dies ist der Ausgangspunkt für eine Diskussion, die verschiedene Aspekte hervorheben kann. Beispielsweise wie wichtig es sein kann zu versuchen, auch eine andere Perspektive einzunehmen und wie sich die Dinge dadurch manchmal verändern. Dass sich manchmal Situationen verändern, wenn ich sie nicht auf mich persönlich beziehe. Dann aber auch wieder, wenn ich mir bewusst mache, was meine Einschätzung der Situation vielleicht mit mir zu tun hat und mit den Erfahrungen, die ich in meinem Leben gemacht habe, und dass es heute auch ganz anders sein könnte. Beispielsweise was ich in einer Situation automatisch als „richtig“ ansehe und mich deswegen etwas ärgert – vielleicht ist das durch meine Erziehung begründet, und eigentlich ist das, was ich als „falsch“ angesehen habe, gar nicht so schlimm und hat andere Vorteile. Es kann verschiedene Wahrheiten geben.

Hierbei können Geschichten zur Veranschaulichung hilfreich sein; z. B. die „Geschichte vom Elefanten in der Dunkelheit“; oder auch Weisheiten, wie z. B. „So wie Du denkst, so nimmst Du wahr, und so, wie Du wahrnimmst, so verhältst Du Dich – versuche deshalb nicht die Welt zu verändern, sondern versuche zunächst, Dein Denken über die Welt zu verändern“.

#### **12.10.4. Gedanken und Gewohnheit**

„Achte auf Deine Gedanken, denn sie werden Deine Handlungen. Achte auf Deine Handlungen, denn sie werden zu Deinen Gewohnheiten. Achte auf Deine Gewohnheiten, denn sie werden Dein Schicksal.“ Wie kann man auf seine Gedanken achten?

Bedeutsam ist die Unterscheidung in „aktive“ und „passive“ Gedanken. Passive Gedanken sind solche, die uns einfach spontan in den Sinn kommen. Beispielsweise in unseren Träumen, bei Entspannungsübungen die spontanen Gedanken die uns ablenken oder sonstige Gedanken im Alltag die einfach über uns kommen, ohne dass wir sie bewusst haben möchten. Diese Gedanken können auch ziemlich belastend und nervig sein. Jedenfalls haben wir wenig Kontrolle über sie – sie kommen einfach. Als aktive Gedanken werden die bezeichnet, wo wir aktiv mit unseren Gedanken tätig sind. Beispielsweise wenn wir uns willentlich Gedanken darüber machen, was gestern passiert ist und was das für Folgen haben wird, oder wenn wir Pläne machen und uns überlegen, wie wir am besten vorgehen.

Über passive Gedanken haben wir wenig Macht. Wir können sie nicht einfach abschalten oder wegdrängen. Im Gegenteil – je mehr wir versuchen sie weg zu drängen, um so mehr Raum bekommen sie („Paradoxyer Effekt der Gedankenunterdrückung“). Unser Frei- raum und unsere Entscheidungs- macht beschränkt sich darauf, wie wir mit diesen Gedanken umgehen. Ob wir den Gedanken Beachtung schenken und sie weiter verfolgen (und sie damit zu aktiven Gedanken werden), oder ob wir uns ihrer bewusst werden, uns von ihnen distanzieren und unsere Gedanken in eine andere Richtung lenken. Und dies immer wieder, wenn uns passive Gedanken ablenken.

Belastende Gedanken nicht auszubreiten und ihnen nicht zuviel Raum zuzugestehen, kann als eine Art „Gedankenpflege“ bezeichnet werden. Je mehr Raum ich negativen Gedanken im Alltag gebe, um so mehr werden auch die passiven Gedanken einen negativen Inhalt haben. Dies kann mit einer Schachtel veranschaulicht werden, die mit vielen verschiedenen positiven und negativen Dingen gefüllt ist (eine Black-Box). Es geht ganz allgemein darum, mit was wir uns beschäftigen und was wir Beachtung schenken. Wichtig sind hier auch die Medien; hier kann als Beispiel auch die alte Studie in einem Kanton der Schweiz angeführt werden, als ein Jahr lang in den Medien nichts über Suizid berichtet wurde und die Suizidrate um 50% zurückgegangen ist.

## **12.11. Benötigtes Material**

### **12.11.1. Folien**

- Eiswassertest
- Stresskreis
- Vase Message d' amour des dauphins

### **12.11.2. Zusätzliches Material**

- Informationsblätter
- Blätter und Stifte zum Schreiben

# 13. Curriculum Vitae

## Allgemeine Angaben

---

Name, Vorname:	Gebler, Florian Anton
Geburtsdatum:	13. April 1978
Geburtsort:	Füssen, Deutschland
Familienstand:	verheiratet

## Bildungsweg

---

September 2009 – Oktober 2012	<b>Doktorand</b> Doktratsstudium (PO 2006) an dem Psychologischen Institut der Universität Zürich (Philosophische Fakultät), Abteilung Psychopathologie und Klinische Intervention, unter der Supervision von Prof. Dr. Dr. Andreas Maercker.
Dezember 2010 – heute	<b>Tätigkeit als klinischer Psychologe</b> Psychosomatische Klinik Buching der Deutschen Rentenversicherung Schwaben in Halblech; Deutschland. Psychologische Einzelgespräche und Leitung der Gruppentherapien bei Patienten aus dem gesamten Spektrum der psychosomatischen Medizin.
April 2007 – November 2010	<b>Tätigkeit als klinischer Psychologe</b> Interdisziplinäres Schmerzzentrum der Fachklinik Enzensberg in Hopfen am See; Deutschland. Betreuung von Patienten mit chronischen Schmerzen in Einzelgesprächen und Gruppentherapie.
Oktober 2003 – Juli 2008	<b>Psychotherapeutische Weiterbildung</b> Ausbildung in Logotherapie und Existenzanalyse nach Viktor E. Frankl am Institut für Logotherapie und Existenzanalyse (ILE) in Mülheim an der Ruhr; Deutschland.
September 2001 – März 2007	<b>Studium der Psychologie auf Diplom</b> Universität Trier. Studienschwerpunkt in klinischer Psychologie. Abschluss mit Diplom (Gesamtnote: 1,3).



---

September 2000 – August 2001	<b>Zivildienst</b> Psychosomatische Klinik Buching der Deutschen Rentenversicherung Schwaben in Halblech; Deutschland.
September 1998 – August 2000	<b>Berufsausbildung zum Schreiner</b> Schreinerei Freudig, Oberstdorf-Schöllang; Deutschland. Abgeschlossen mit dem Gesellenbrief.
September 1988 – August 1998	<b>Gymnasium Hohenschwangau</b> Abgeschlossen mit dem Abitur (Gesamtnote: 2,0).
September 1984 – August 1988	<b>Grundschule Schwangau</b>

## Publikationen

---

- Gebler, F. A. & Maercker, A. (submitted). Effects of including an existential perspective in a cognitive-behavioral group program for chronic pain. A clinical trial with 6 months follow-up.
- Gebler, F. A. & Maercker, A. (2012). Integration einer existenziellen Perspektive in ein kognitiv-behaviorales Schmerzbewältigungsprogramm. Eine Kontrollgruppenstudie im stationären Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 41(2), 90–100.
- Gebler, F. A. (2011). Giving Psychology Away: Nutzen und Fehlentwicklungen der Positiven Psychologie aus existenzieller Sicht. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 43(3), 597–604.
- Gebler F. A. (2010). Intergration einer existenziellen Perspektive in die kognitiv-behaviorale Therapie chronischer Schmerzen. *Verhaltenstherapie*, 20; 127–134.
- Gebler F. A. (2009). *Die existentielle Perspektive in der Psychotherapie*. Schwangau: Quellwasser.
- Gebler F. A. (2008). *Trauma, Existenz und Expressives Schreiben. Traumabewältigung durch Schreibinterventionen mit Bezug zu Sinn und Existentialität*. Saarbrücken: VDM.
- Gebler F. A. (2008). Spiritualität und Psychotherapie – Problematik und Chance. *Psychologie in Österreich*, 1; 26–29.
- Gebler F. A. & Maercker A. (2007). Expressives Schreiben und Existentialität bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse. Eine erste Interventionsstudie. *Trauma und Gewalt*, 1(4); 264–271.
- Gebler F. A. (2006). *Der Weg der Liebe im Schatten der Angst. Ein philosophisch-psychologischer Essay*. Schwangau: Quellwasser.

## **Vorträge**

---

Gebler F. A. (2012, Februar). Integration einer existenziellen Perspektive in ein kognitivbehaviorales Schmerzbewältigungsprogramm: Eine Kontrollgruppenstudie am Interdisziplinären Schmerzzentrum der FKE. Beitrag zur interdisziplinären Schmerzkonferenz der Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See.

Gebler, F. A. (2011, April). Integration einer existenziellen Perspektive in ein kognitivbehaviorales Schmerzbewältigungsprogramm: Eine vergleichende Kontrollgruppenstudie. Beitrag zum Forschungskolloquium der Psychologischen Fakultät der Universität Zürich.

Gebler, F. A. (2010, Dezember). Eine existentielle Perspektive in der kognitiv-behavioralen Therapie chronischer Schmerzen. Beitrag zur „Werkstatt Schmerz“ der Sonnenbergklinik, Stuttgart.

Gebler F. A. & Kuhnt O. (2008, September). Kognitiv-behaviorale Therapie bei chronischen Schmerzen. Workshop bei den 3. Bayerischen Schmerztagen in der Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See.

Gebler F. A. (2008, Mai). Posttraumatische Belastungsstörungen. Beitrag zur interdisziplinären Schmerzkonferenz der Fachklinik Enzensberg, Hopfen am See.

Gebler F. A. (2007, März). Expressives Schreiben und Existentialität bei der Bewältigung traumatischer Erlebnisse. Beitrag zum Forschungskolloquium der Psychologischen Fakultät der Universität Zürich.

## **Mitgliedschaften**

---

Berufsverband Deutscher Psychologen (BDP).